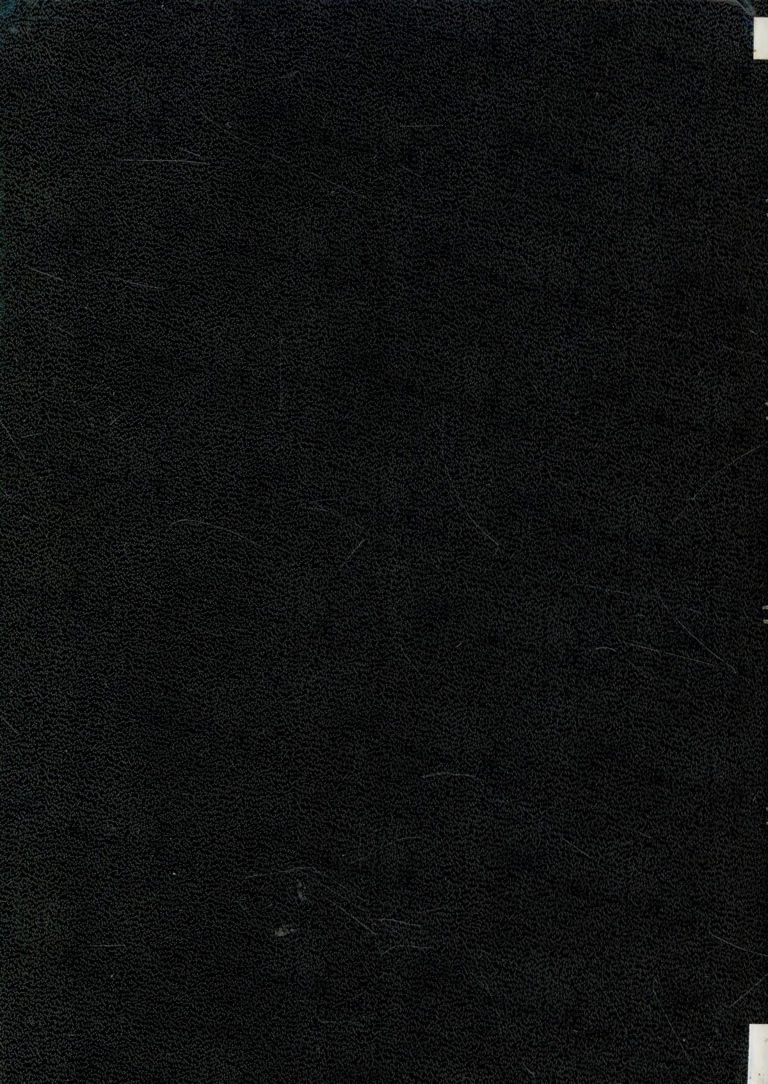


مجلة
المعهد الطبي العربي

تبحث في الطب والصيدلة وجميع فروعهما

يصدرها عن دمشق مصورة

المعهد الطبي العربي

مرة في الشهر ما عدا شهري آب وايلول

رئيس انشائها

الدكتور

مرشد خاطر

استاذ الامراض الجراحية وسريريتها

دمشق سورية

السنة الثامنة

مطبعة الجامعة السورية

دمشق في كانون الثاني سنة ١٩٣١ م الموافق لشعبان سنة ١٣٤٩ هـ

سنتنا الثامنة

عمر المجلات والجرائد لا يختلف عن عمر الانسان والحيوان فان منها ما يدرج في لحده وهو لا يزال في مهده ومنها ما يعمر ويطوي السنوات طي الرداء هازئاً بالموت . غير ان للنشرات حياة ادبية تستمدها من روح منشئيها وقرائها وللانسان والحيوان حياة مادية تؤثر فيها عوامل الطبيعة فتغالبها منذ الدقيقة التي تتكون فيها حتى يتم لها عليها النصر واذا كان الانسان عاجزاً كل العجز عن درء الموت الذي يتهدده أياً كانت المعاقل التي يتحصن فيها دفعاً لغائلة هــذا العدو المهاجم فانه قادر على صد الغارات التي يوجهها الموت الى النشرات العلمية لا بل يحق لنا ان نقول ان القوة الادبية تخيف الموت فيهرب منها واجساً هلعاً ولهذا نرى الانسان يموت جسده ويتحلل جميع ما فيه من المركبات وتبقى محصولات نفسه خالدة يعيدها التاريخ وتذكرها الاجيال واننا نرغب في ان تكون لمجلتنا هذه الحياة الادبيــة الخالدة نود من الصميم ان تكون لها في التاريخ المقبل تلك الصفة التي ترهب الموت وتصده عن إدناء يدي الاضمحلال منها ولسنا نعتمد في إكساب مجلتنا هذه الصفة على انفسنا بل على قرائنا ومؤازرينا في هذا العمل الكبير الذي اخذنا على عاتقنا القيام به . وفي خطة مجلتنا ما يؤهلها للخلود والثبات لانها تضع اساساً للمستقبل سيشيد عليه ابناء الضاد ابنية نهضتهم العلمية المقبلة ،

هي تصوغ لهم تلك المصطلحات الجديدة بلغة عربية خالية من التعقيد والعجمة وتعبد لهم الطريق الذي سيسلكونه في نهضتهم هـذه وان من تصفح سنوات المجلة السبع الماضية رآها حافلة بهذه المصطلحات وتحقق تلك الجهود التي عانيناها ولا نزال نعانيها لنعيد الى هذه اللغة العزيزة تلك المرونة التي افقدتها اياها مئات سنوات الخمول التي مرت عليها وهي نائمة نومها العميق عن العلوم ، وتيقن ان لغتنا اليوم وقد صقلتها يد التجدد عادت في يد الكاتب سهلة القياد بعـد ان كانت تعصيه في التعبير عن افـكاره وايضاح ما يجول في خاطره من الافـكار العلمية التي تلقن مبادءها بلغة اجنبية . وبعد ان كان راغباً كل الرغبة عن لغتنا العزيزة لصعوبة مراسها حسب معتقده عاد اليوم لا يرضى بسواها بديلا في إلباس بنات افـكاره واظهارها للعالم العلمي بجمالها الخلاب . ان عملاً كهذا يكسب مجلتنا صفة خالدة تبقى ما زال في العالم شعب عربي ينطق بلغة الضاد فلسنا نخشى والحالة هذه ان تكون حياة مجلتنا قصيرة وان يطوى ذكرها بعد انقطاعها عن الصدور ، وان اقبال ارباب اللغة عليها والطلبات الكثيرة التي يوجهها العدد الكبير منهم الى ادارتها بطلب مجموعاتها السابقة لاكبر دليل على المقام الرفيع الذي تحله المجلة عندهم .

فالى قرآئنا الكرام ومشتركينا الافاضل الذين يعود اليهم القسط الاوفر من هذا الاقبال وذاك الازدهار نوجه شكرنا سائلين لهم سنة جديدة مباركة بعيدة عن الهموم والنكبات .

رئيس الانشاء

الدكتور مرشد خاطر

المؤتمر الجراحي الفرنسي التاسع والثلاثون

للدكتور لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

افتتح مؤتمر الجراحة في السادس من تشرين الاول تحت رئاسة بول بورجه الشرفية . فنهض هذا الالمعي والقى خطاباً بديعاً قوبل بالتصفيق الحاد جاء به اولا على بعض الذكريات القديمة اذ كان تلميذ طب ومواظباً اتم المواظبة على سريريات مازونوف في مستشفى اوتل ديو القديم في باريس ثم بين صفاء العقل وسداده الذي تستدعيه الجراحة بهذه العبارات الخلابة :

أليس الفن الجراحي الذي انتم اعلامه تطبيقاً عملياً لفضيلتين يندر اجتماعهما مع انه باجتماعهما تبلغ جميع المهن اقصى درجة رقيها وكمالها اعني بهما اتفاق الفكر والعمل فان احدهما ينير الاخر والآخر يحقق الثاني .

فماذا تستدعي حركة الجراح؟ انها تستدعي اولا معرفة تشريحية دقيقة للناحية التي يعالجها وهذا الامر فكري محض وخلاصة تحريات طويلة قام بها عدد لا يحصى من العلماء الذين تقدموه في هذه الحلبة وبينوا له كل كبيرة وصغيرة في جسد الانسان . ومتى جرى الفكر تبعته اليد متممة اوامره

فسداد الفكر وامانة اليد في الطاعة له هما الشرطان الواجبان في الخوارق التي تقوم بها الجراحة وتنتشل بها المرضى من فم الموت هذه الخوارق التي تصح فيها كلمة باكون « لا يستطاع اخضاع الطبيعة الا بالاذعان لها ، غير ان الاذعان لها يستدعي درس حقائقها والجري على شرائعها . »

ثم نهض الاستاذ اوفراي (Auvray) رئيس المؤتمر متكلماً عن تنظيم التخدير في شعب الجراحة و بين نواقصه العديدة قائلًا كثيراً مـا يعهد بالتخدير الى الطلبة الاحداث الذين ينقصهم الاختبار او الى اطباء يدعون انهم خبراء بالتخدير مع انه لا خبرة لهم فيه . فيجب ان يعهد به كما هو الامر جار في بعض البلدان ولا سيما في الممالك الانكليزية اللسان الى اطباء اختصاصيين او الى ممرضين قد تخصصوا به والاولون افضل من الآخرين وعدا ذلك فان المخدر الاختصاصي يتمكن بما لديه من الممارسة ان يرقي الفن الذي يمارسه وهو قابل للرقي والتقدم . وما من ينكر ان طرقاً جديـدة في المستقبل ستحل محل الطرق الحاضرة وستكون افضل منها . وقد سار على هذه الطريقة عدد من الجراحين ويجدر بشعب الجراحة في المستشفيات ان تتمشى عليها .

ثم تناول المؤتمر المسألة الاولى وموضوعها التهاب الفقار الرضي (داء كومل فرناي) بحث فيه فروليخ من نانسي والبر موشه من باريس .

داء كومل فارناي هو تناذر (syndrome) سريري يعقب رضوض الفقار . وصف كومل من هامبورج قبل كل أحد سنة ١٨٩١ التهاب العظم المتخلخل التالي لرضوض الاجسام الفقرية

واعلن فارناي سنة ١٨٩٢ مشاهدة شبيهة بما تقدم اسماها كسر العمود الفقاري المجهول منذ مدة طويلة والنامة عنه آلام عصابية (névralgiques) زنارية وحدبة متأخرة .

و يتصف هذا التناذر بثلاثة عناصر بيانية (caractéristiques) : ١ — الرض

الذي يكون خفيفاً في الغالب وتعقبه اعراض خفيفة تستمر بضعة ايام .

٢ — فاصلة حرة يكون بها المريض حسن الصحة ويتعاطى اشغاله وقد تكون طويلة جداً .

٣ — تشوه تدريجي ومتأخر في العمود الفقاري مع عودة الآلام الى الظهور .

فاذا رسمت اجسام الفقار بعد الرض مباشرة قد لا تبدو فيها اقل آفة .
واذا رسمت بعده بعدة اسابيع بدا انخماص (affaissement) في الفقار واستطالات عظمية في المحيط داعمة للفقار

ويظهر اليوم بفتح الجثة والرسوم الكهربية ان التهاب الفقار الرضي هو كسر جسم فقاري او عدة اجسام . وينجم سير المرض بادوار عديدة وظهور الحدبة المتأخر من بطء الاندمال في اجسام الفقار المكونة من نسيج اسفنجي ومن إهمال تثبيت العمود الفقاري .

والتهاب الفقار الرضي هو اكثر وقوعاً مما يظن ولا سيما اليوم بعد ان تعددت حوادث السيارات. واكثر الناس تعرضاً له الكهول بين ٢٥—٤٥ سنة

والرض البدئي خفيف في الغالب : تزلق القدم عن سلم او سقوط على الوركين او القدمين او جهد عنيف لاتقاء السقوط .

وآليته (mécanisme) اما انبساط عنيف او انعطاف عنيف ومقره في ٥٠ بالمائة قطني او ظهري قطني . وسير المرض يقع في ثلاثة ادوار .

الدور الاول اذا كان الرض شديداً بدت عوارض الصدمة واذا كان خفيفاً تمكن المريض من النهوض والمشي وشعر بألم في ظهره بضع ساعات او بضعة ايام .

وهو ألم ذو صفة عصابية وربي (intercostale)او قطني بطني قد يرافقه تقفع (contracture)بعض العضلات او خذل (parésie) الطرفين السفليين وتستمر هذه العوارض يومين او ثلاثة ايام وربما ٨ — ١٠ ايام. ويشعر المريض بمضض اذا ضغطت النواتئ الشوكية وحركات الفقار محددة قليلاً ولا سيا البسط . ولا يبدو شيء بالرسم الشعاعي

ومتى مرت بضعة ايام عادت المياه الى مجاريها وتمكن المريض من معاطاة اشغاله .

الدور الثاني هو دور تحسن نسبي ويسمى الفاصلة الحرة الذي قد يستمر اسابيع واشهراً ويندر ان يبلغ السنة او يتجاوزها . يشعر المريض في هـذا الزمن ببعض الانزعاج في الناحية الظهرية القطنية وبآلام لا يعبأ بها لانـه ينسبها الى الرض .

الدور الثالث تعود به الآلام القطنية الى الظهور مع تشعع عصابي ويبدو تشوه فقاري . وقد تصادف في الوقت نفسه تشوشات حس في الطرفين السفليين (مذل ، (engourdissement) نمل (fourmillement)) واشتداد الانعكاسات وربما بدا حس برودة او حرارة في القسم الامامي من الفخذين. فيحدودب العمود الفقاري احديداباً تدريجياً مع بروز في نقطة معينة .وقد يرافقه بعض الجنف (scoliose) .

واذا أُضجع المريض على ظهره صعب عليه الجلوس وكانت حركات فقاره محددة تحدداً مختلف الدرجات واذا لم يعالج هذا الدور استمر سنتين . وشفي المريض اخيراً مع حدبة وزالت العوارض النخاعية او العصبية زوالا تاماً او

قسمياً . وقد يستدعي اندمال الآفة ٧—٨ سنوات .

التشخيص : يجب ان يبكر فيه ما امكن غير انه ليس بالامر السهل دائماً فيجب تمييز هذا الداء عن :

التهابات الفقار العفنة : (المكورات البنية «gonocoques» ، الزهري ، التهاب العظم والنقي «ostéomyélite») يسهل تفريقها في الغالب

الرثية القطنية المزمنة وقسط الفقار (spondylose rhizomélique) يتصفان باعراضهما الخاصة وبعلاماتهما الشعاعية

داء بوت يصعب تفريقه عن التهاب الفقار ويستدعي معاينة سريرية وشعاعية دقيقة للغاية فالاقراص سليمة في داء كومل ومقروصة (pincées) في داء بوت ،فقد التكلس في داء بوت وتكلس بالاحرى في داء كومل ، دوائر جسم الفقرة محتفرة غير منتظمة في داء بوت، ومنتظمة في داء كومل. خراجات انتقالية مبكرة في داء بوت

وقد يلتبس المرض ببعض التشوهات الولادية او قد تظن النواتىء الشوكية الطبيعية بعد الصدمة آفات مسببة من الرض

المعالجة : يستحسن بعد التصوير بالاشعة ان يترك الجريح في فراشه نائماً على بطنه او ظهره . ويسمح له بالمشي بعد ٨ — ٩ اسابيع ويرسم عموده الفقاري كل شهر فمتى عادت كثافة الجسم الفقري الى الحالة الطبيعية او تكونت التكلسات المحيطية الداعمة يقال ان الجريح قد ثبت ظهره ومعدل الشفاء التام لا يقل عن ٨٠ بالمائة غير انه لا يقع قبل ٢ — ٧ — ٩ سنوات .

ويلبس الجريح اذا قضت الضرورة مشداً غير ان الافضل التطعيم بطريقة

الي اجتناباً للتثبيت الطويل المدة او للبس المشد .

وبما ان التهاب الفقار الرضي ناجم من كسر مجهول اصاب العمود الفقاري يجب ان يعالج المرضوضة فقارهم متى اثبت الرسم الشعاعي الكسر كما يعالج المكسورون : راحة مطلقة في الفراش بدون مشد مع اللوازم المفيدة لجعل اجسام الفقار في وضع حسن

❀ ❀ ❀

والمسألة الثانية التي تناولها المؤتمر هي :

تحضير المرضى للعمليات : بحث لويس سوفه من باريس في هذا الموضوع من الوجهة النظرية. وأهم امر في المسألة هو تحضير المريض بفحص موازنتيه البنوية والخلطية واعادته أهلاً — متى كانت هذه الموازنة مختلة — لتحمل العمل الجراحي تحملاً حسناً وقد قسم هذا الدرس فصلين :

الحالات التأهبية في المعدين للعمليات والحالات العضوية .

١ — الحالات التأهبية (diathésiques) أ — الداء السكري يستفيد من امرين اولا من درس المدّخر القلوي والفوسفور (ph) وثانياً من استعمال الانسولين الذي نصدّ به العراقيل العفنة في الداء السكري ونحدد العامل العفني العارضي ونتمكن من اجراء عملية للمصاب بالسكر مع بعض الاطمئنان واستعماله بعد العملية واجب ايضاً .

ب — الحرض (arthritisme) يظهر غالباً بالانفضاج (obésité) الذي هو من اسوإ الامور من الوجهة الجراحية ويعد مضاداً للاستطباب متى لم

تكن ضرورة تقضي بالتوسط الجراحي ويستدعي تأجيل العملية ريثما يكون المريض قد اتبع نظاماً غذائياً خاصاً ومارس الالعاب الرياضية وعادت موازنتاه البنوية والخلطية حسنتين

ج — السل ليس السل مضاداً للاستطباب متى لم يكن تعفن دموي سلي حاد او خفيف الحدة .

د — داء الافرنج : يؤخر الكسور والجروح عن الاندمال ويضاد الاستطباب الجراحي في دوره الثاني المعفن للدم .

هـ — البرداء (paludisme) معالجتها قبل العملية واجبة اتقاءً للعراقيل التالية للعملية (كعودة البرداء) او النزف السطحي او قصور الكبد او تأخر الاندمال .

و — التسممات : الكحول والمورفين والكوكائين والرصاص تدعو الجراح الى ان يكون محترزاً في اجراء عملياته والى اراحة مرضاه بضعة ايام قبل العملية .

لان تأثير العملية هو تنبيه حالة مرضية كامنة او زيادة حالة كانت خفيفة فعلى الجراح ان يتبين هذه الحالات ويعالجها قبل العملية .

٢ — الحالات العضوية : تحرى وظيفة الجهاز القلبي الكبدي الكلوي وذلك بقياس التوتر الشرياني ودرس ما تفرزه الكلية (العناصر غير الطبيعية) وما تبقيه منحصراً (معايرة ازوت الدم والكلورور فيه) كانوا يخشون حتى الآن ورة الكلورور في الدم وقد ثبت اليوم ان دور الكلورور اساسي في انسداد الامعاء وفي الحالات المعوية التالية للعمليات وفي بعض

ازديادات الازوت الدموي .

ودرس الكبد امر مهم قبل العمليات لمعرفة ما اذا كانت مقصرة وبعدها ايضاً (تحري الصفراء في الدم)ومتى كان تقصير الكبد خفيفاً جاز التوسط الجراحي بعد اشباع البنية بالقلويات وانتقاء مخدر خفيف السمية . والكلوروفورم هو المخدر الذي تفوق سميته سائر السموم الاخرى .

آفات مصاريع القلب (lésions orificielles) لا تعد مضاد استطباب للعمليات متى كانت فيها معاوضة .

وحالة الدم مهمة للغاية : فخير المعالجات في الناعور (hémophilie) هو المصول او نقل الدم .

ودرس التخثر مهم ايضاً بما يتعلق بالاستعداد لالتهاب الوريد . وليست المصول في فقر الدم الحاد التالي للنزف الا اداة خادعة مضرة لان نقل الدم وحده قد يفيد المريض .

وكذلك القول في فاقات الدم المزمنة الناجمة من نزوف قليلة متكررة فان نقل الدم وحده الواسطة الفعالة فيها .

وللاشعاع (irradiation) الطحال الفوائد الحسنة في نزوف الاورام الليفية ونزوف الامعاء

والاشخاص المصابون بآفات عصبية لا تجرى لهم الا العمليات الضرورية غير ان المصابين بالسهام (tèbès) يحملون جيداً التوسطات الجراحية

وكذلك المصابون بالامراض النفسية يجتنب اجراء العمليات الجراحية لهم الا اذا كانت حياتهم مهددة بالخطر . لان العمل الجراحي قد يكون

منبهاً لعوارض نفسية مزعجة للمريض والجراح معاً . والمعتوهون هم أقل خطراً فانهم يبضعون لازالة نقطة عضوية مولدة لعوارض عقلية او مشددة لها .

والموازنة الحامضية الاساسية في البيئة الخلطية هي في الحالة الطبيعية ثابتة (الفوسفور = ٧،٣٠ — ٧،٤٠) ويتحقق امرها بآلية ثاني الفحمات القلوية .

وثبات هذه الموازنة واجب للبنية ولهذا كانت معاينة الفوسفور (ph) ضرورية للغاية وهي تبدو اساساً للمعاينة وللاعتناآت السابقة للعمل الجراحي في المستقبل كما ان معايرة البوله في الدم او تحري عناصر البول غير الطبيعية تبدو اساساً للمعاينة الحاضرة .

وليس للتطور الاساسي (métabolisme basal) اقل اهمية الآن في الجراحة الا في تحقق الوظائف الدرقية والنخامية (hypophysaire) والكظرية (surrénale) فهو يمثل القيمة الدنيا للمبادلات الغازية اللازمة للحياة في الانسان الحي متى كانت عضلاته مرتاحة وكان يتغذى تغذية كاملة.

النتائج : العناصر الجديدة في تحضير المرضى للعمليات منذ الحرب الكبرى هي : الانسولين في المصابين بالداء السكري ، معايرة البوله والكلورور في الدم في من كانت مصفاتهم الكلوية لا تقوم بوظيفتها حق القيام ، نقل الدم، أهمية الموازنة الحامضية الاساسية وتقويم الفوسفور (ph)

وقد بحث لامبره في القسم العملي من هذا الموضوع فقال: يجب قبل ان نبدأ بتحضير المريض ١ — ان نستدرك عواقب العملية وتأثيرها في بنيته . ٢ — ان نقوم موازنته الوظيفية لنقيس متانته . ٣ — ان نعلم الوسائل

التي تتذرع بها لابلاغ هذه المتانة الحد الاقصى

التشوشات التي تحدثها العملية : تقسم الى تشوشات عامة وتشوشات خلطية :
والاسباب الاساسية لتبدل التطور هي : فعل الجهاز العصبي والتخدير وانحلال النسج (hystolyse) والنزف .

فالتأثر النفساني قد يحدث حموضة الدم والالم والصدمة والمخدر يضرُّ لانـه مادة كيماوية سامة مؤذية للنسج جميعها ولا سيما للكبد والـكلية ومحدثة لتبدلات دموية تتفاوت بحسب فطرة الشخص وعمره ومدة التخدير والمخدر نفسه .

والخلايا التي رضتها العملية الجراحية تموت وامتصاص الاحينيات الميتة وما هي الا سموم حقيقية يحدث ازدياداً في بولة الدم وهذا ما يقع غالباً بعد العمليات. والنزف الغزير والسريع يؤثر في المراكز العصبية ولا سيما في النسج بانقاص قوة المبادلة الاوكسيجينية في الدم .

فليست الغاية من تحضير المريض : ١ً — اجتناب الوفيات فقط بل ٢ً — اعادة عواقب العملية سهلة للغاية ٣ً — وجعـل المرضى الذين لا يستطاع اجراء العمليات لهم في حالة تمكنهم من اجرائها .

والمحضرون للعمليات الخالون من الامراض المتقدمة الذكر يجب جعل الاعضاء المفرغة فيهم في حالة شديدة الملائمة لافراغ الفضلات الناشئة من العمليات بالتغذية القليلة السمية (المواد المائية الفحمية «hydrocarbonées» والاثمار) واعطاء كثير من السوائل المحلاة . لان دور الماء هو من اهم الادوار في اعطاء الجسد ما يحتاج اليه منه وفي افراغ المواد السامة . وتسهيل

البطن مضر لانه يحرم الجسد الماء المحتاج اليه .

ولتراقب وظيفة الجلد جيداً وليصنع المريض تمرنات تنفسية . وليتحاش تأجيل العمليةمتى أُجريت جميع التحريات اللازمة للمريض وكانت حسنة لان الانتظار طويلاً يقلقه وينبه اعصابه .

المصابون بالداء السكري يجب ان نميز فيهم ١ً — الامراض الجراحية ٢ً — عراقيل الداء السكري .

ففي الحالة الاولى (فتق — ورم ليفي) يزيل تحضير المريض بالانسولين والحمية حموضة الدم والسكر من البول ويعيد سكر الدم الى درجته الطبيعية ومتى اجتنيت هذه النتيجة تمكن المصاب بالسكر من تحمل العملية التي هو في حاجة اليها بدون خطر .

وتقوم المعالجة بالانسولين بحقن المريض مرتين في اليوم قبل الطعام بعشرين وحدة (unités) وباضافةعشر وحدات الى كل حقنة زيادة مطردة حتى يبلغ المقدار في اليوم وحدة لكل كيلو غرام من الوزن .

واما في عراقيل الداءالسكري الجراحية فقد لا يفعل الانسولين اقل فعل في المصابين بالتعفن . ويستمر فعله ٨ ساعات فمتى كانت الضرورةقصوى يجب اجراء العملية بعد الحقنة مباشرة والمثابرة على الحقن بالانسولين في الايام التالية للعملية .

واما مسألة معايرة البوله (urée) في الدم فمعروفة جيداً فمتى لم يكن اضطرار يجب ان تعاد البوله الى ٠،٤٠ . سنتغم بالحمية التي تقل فيها المواد الآزوتية وبالسوائل وعصارة الاثمار والمساهل الخفيفة في المزداد توترهم الشرياني

والسكر في المرضى الهازلين .

ولخلية الكبد الاهمية الكبرى لان وظيفة خزن مولد السكر (glycogène) اساسية ونقصها يحدث حموضة الدم .

وتموين الكبد بالسكر يتم بحسب الحالات بطريق الهضم او الجلد او الوريد

ولا بدّ في المكبودين من عدّ الكريات ومعايرة خضاب الدم وتحري زمن النزف وزمن التخثر. والنزف في الميروقين عرقلة مخيفة وافضل واسطة لتحضير المريض تقوم باعطائه الهاموستيل بطريق الفم (٣ امبولات في اليوم مدة ٦ — ٧ ايام) وغرام كلورور الكالسيوم مدة ثمانية ايام او ٤ غرامات في اليوم مدة يومين .

وليحقن المريض اما بدمه او بمصل دم الانسان او بنقل الدم .

والاحتياط القلوي قد يزداد بالخاصة في التضيقات والانسدادات العالية والحقن بالمصل الملحي الزائد التوتر معروف تأثيره الحسن ، يستعمل المحلول بنسبة ١٠ في المائة حقناً في الوريد ويحقن بعشرين سم٣ تكرر ٣— ٤ مرات في اليوم .

وتطرأ على الدم تبدلات كمية وكيفية فنقل الدم في النزوف السريعة خير علاج على ان يكون غزيراً وكذلك القول في حالة الصدمة المشابهة لحالات النزف الحادة . وفي النزوف البطيئة المكررة (اورام ليفية ، تقرح) قد ينقص حجم الدم الى ٧٠ في المائة والكريات الحمر الى ١,٥٠٠,٠٠٠ وخضاب الدم الى ٣٠ في المائة فلا يجوز اجراء العملية متى كانت الكريات اقل من

٢،٥٠٠،٠٠٠ وخضاب الدم اقل من ٤٠ في المائة وليس للمصل الاصطناعي هنا فائدة كبيرة اما نقل الدم فله الفوائد الباهرة وكمية الدم المنقول ذات علاقة بالمرضى . ويجب ان يكون المعطي والمعطى له من الفئة نفسها ويوقّف النقل متى قربت حالة المريض من الدرجة الطبيعية .

واذا كانت تبدلات كيفية في الدم: ناعور (hémophilie) تبدلات في الميروقين، بعض فاقات الدم وابيضاضه (leucémie) ، يستعمل الدم كعلاج فيؤثر بخاصته القاطعة للنزف والمجددة للكريات وبحديده ورسله (hormones) وغير ذلك .

وتأثيره في التخثير قصير المدة لا يتجاوز ٢٤ ساعة فيجب التوسط سريعاً متى عاد التخثر الى حالته الطبيعية .

ونقل الدم يستطاع اجراؤه في تحضير جميع المرضى المعدين للعمليات المهمة ينقل الدم بضعة ايام متوالية ٢٠٠—٣٠٠ غم ويجوز استعمال الدم مع الليموناة (citrate) ويفعل نقل الدم فعلاً مقوياً ومنشطاً على الغدد الداخلية الافراغ. ويؤثر في الافرازات بواسطة الرسل

والعراقيل الرئوية تنشأ في معظم الاوقات من السدادات (embolies) التي هي في الغالب سدادات جرثومية بخثارات (thrombus) تتكون في بؤرة الجرح وجواره وليس للتبدلات الفجائية في الحرارة والمخدرات في احداثها الا بعض التأثير .

وللركود الوريدي تأثير اكيد وكذلك القول في القصور التنفسي . وعمليات البطن هي اكثر العمليات احداثاً للعراقيل الرئوية بالنظر الى قصر حركات الحاجز المسبب من الالم في ناحية الجرح. فجميع هذه الاسباب تعدّ

البيئة لتعفن الرئة بالجراثيم العادية

ويجوز اجراء العمليات الجراحية الاضطرارية للمقلوبين (cardiaques) بدون معاوضة غير انه لا يجوز اجراء العمليات التي تفيد بعض الفائدة ولا سيما ما يقصد منه التجميل فقط . والتخدير الموضعي مفضل على التخدير العام فيهم

واما المقلوبون مع معاوضة فيتحملون العمليات الجراحية كالاشخاص الاصحاء . غير انه يستحسن اعطاء الديجتالين قبل العملية ببضعة ايام

والعراقيل (complications) القلبية التالية للعملية همود (collapsus) مع نبض ضعيف سريع هي حالات صدمة تعالج بالزيت المكوفر والبنين (caféine) اكثر من معالجتها بمقويات القلب العادية الديجتالين والاوبائين

ولكن على الرغم من جميع تحريات المخبر لا يستطاع تقدير المتانة التي يتمتع بها المعدون للعمليات بل يجب ان يلجأ الى تحريات حيوية جديدة في المستقبل .

❀ ❀ ❀

والموضوع الثالث الذي تداوله المؤتمر هو التهاب المعثكلة النزفي (pancréatite hémorragique) وقد بحث فيه بروك من باريس وميجنياك من تولوز .

ان دائرة التهابات المعثكلة المزمنة لم تحدد بعد جيداً . فهي كناية عن تبدل تصلبي تالٍ للتعفن حول قنيات الغدة وفصيصاتها وعنباتها واسباب هذا التبدل التصلبي عديدة فالضخامة التي تصادف حذاء رأس المعثكلة قد تنشأ من التهاب النسيج الخلوي حول المعثكلة او من التهاب ما حول قناة الصفراء او التهاب العقد المعثكلية وحول المعثكلة .

١ً — وقد صادفوا التهابات معثكلة في التعفنات الحادة : الحمى التيفية

والجدري والزحار (dysentérie) والخناقات (angines) وذات الرئة والنزلة الوافدة والنكاف (oréillons) والخ ..

وفي التعفنات المزمنة : السل والزهري

وفي التسممات : بالرصاص والفوسفور والزرنيخ والزئبق

٢ً — ومن التهابات المعثكلة ما يتلو آفات الاعضاء المجاورة الكبد والمعدة والامعاء .

٣ً — ومنها ما يشترك مع آفات اخرى في المعثكلة : السرطان والرمل

٤ً — ومنها ما يبدو منفرداً او بدئياً

والاعراض العامة لالتهابات المعثكلة المزمنة هي :

سوء الهضم المعثكلي: نتانة النفس ،تقزز من الشحم واللحم ، غثيان ، لعب (sialorrhée)اسهال مزمن ، غائط نتن ابيض اللون الى اليسنجابي والخ .

تشوش الحالة العامة : هزال شديد .

تشوش الافراز الداخلي : بيلة سكرية .

الآلام : المستقرة في الرجا الشرسوفي او السري او كالسفود غير انها تتشعع تشععات خاصة في الغالب الى الزاوية الضلعية القطنية والى اليسار اكثر من اليمين وقد تكون الى الجهتين معاً وتتفاوت شدتها . فهي تارة متقطعة وتشابه القولنجات الكبدية وهذا هو النوع الرملي الموهم وطوراً يومية او تكاد تكون يومية وتأتي في اوقات معينة .

النزوف التي تكون رعافاً او قيئاً دموياً او تغوطاً دموياً او بيلة دموية او فرفرية (purpura) .

الورم متى كانت المعثكلة صحيحة لا تجس ومتى مرضت جست .

وتشاهد ايضاً علامات انضغاط وماهي الاّ انزعاج في افراغ الصفراء ووقوفها (يرقان) أو تبدل في انفراغ المعدة والاثني عشري او بتخرش الضفيرة الشمسية. وقد تشتدّ هذه الآلام حتى انها تشابه نوب السهام (tabès) المعدية.

ومن التهابات المعثكلة ما هو خفيف ولا تظهره اعراض خاصة به وعليه لا بدّ من معاينة المعثكلة في سياق فتح البطن المجرى لآفة واقعة في مجاري الصفراء أو المعدة او الاثني عشري .

وهناك اشكال عديدة واقعة بين التهاب المعثكلة الحاد والتهابها المزمن المهمل الخفي .

وقلما تفيد المعلومات التي تجتنى من فحوص المخبر .

التشخيص : صعب فقد يمكننا تحليل الاعراض من الظن بالتهاب المعثكلة من دون ان نتأكده . ومتى كان رأس المعثكلة ضخماً كانت امامنا ثلاث فرضيات : الحصاة والسرطان والتهاب المعثكلة .

فمتى نفينا الحصاة (الاستقصاء في مجاري الصفراء) بقي علينا ان نميز التهاب المعثكلة المزمن عن السرطان . .

فالخزعة (biopsie) خطرة (نزف ، انهضام ذاتي) ووهمية لان السرطان يرافقه تفاعل ليفي شديد . ولا يستطاع التشخيص في الغالب الا من السير لان الاستقصاآت الجراحية والنسيجية لا تكفي للاثبات . ويحق للطبيب ان يشك في طبيعة الآفة السرطانية متى بقيت الحالة العامة حسنة سنة كاملة

المعالجة اذا استثنينا التهاب المعثكلة الزهري الذي تفعل به المعالجة

النوعية فعلاً حسناً كانت معالجة التهابات المشكلة الاخرى المتصفة باعراض الانضغاط واليرقان وانزعاج الاثني عشري في انفراغه وعصابات الاعور (névratgies cœliaques) جراحية فقط .

فمعالجة التهابات المشكلة مع يرقان تقوم بتحويل مجرى الصفراء الى الخارج بخزع المرارة او الى الداخل بمفاغرة مجاري الصفراء مع انبوب الهضم والتهابات المشكلة بدون يرقان المزعجة لانفراغ المعدة والاثني عشري تعالج بمفاغرة المعدة والامعا بعد استئصال القرحة متى كانت .

والتهابات المشكلة المؤلة بدون يرقان تستدعي التوسط المقصود (intervention directe) على المشكلة نفسها فمنهم من اجرى تحرير المشكلة (pancréatolyse) ومنهم من خزعها (pancréatostomie) ومنهم من اقتطع بعضها (pancréatectomie partielle)

وقد مثلت على لوحة السينما شرائط (films) كبيرة الفائدة عن جراحة المعدة ومعالجة كسور عنق الفخذ ونتائج العمليات في نشر اوليه وعن المبضع الكهربي وعن التجبير (orthopédie) وجراحة الدماغ .

يرئس المؤتمر المقبل الموسيو لامبره من ليل والموضوعات التي يتداولها المؤتمر هي:

١ً — القرحة الهضمية التالية للعمليات (يبحث فيها غوسه ولريش)

٢ً — معالجة الكسور المفتوحة في الساق (يبحث فيها سنابك ورو)

٣ً — التهابات الخلب بالمكورات الرئوية (péritonites à pneumo-coques) (يبحث فيها برستو ونوفه جوسرن)

٤ً — المرحلة التي وصلت اليها جراحة القلب .

مستحدثات طبية

معالجة السبات السكري

للدكتور مرسل لابه الاستاذ في معهد باريس وعضو المجمع الطبي فيها
ترجمها الدكتور مرشد خاطر

تبدل انذار السبات السكري تبدلاً كبيراً منذ دخل الانسولين في فن المداواة . فقد كادت تكون الوفيات قبل ظهوره معادلة لمائة في المائة لان عدداً قليلاً من المسبوتين سباتاً سكرياً والمعالجين بالمقادير الكبيرة من ثاني فحماة الصوده كان يشفى . اما اليوم فان معدل الوفيات قد نقص نقصاً محسوساً واصبح معظم المسبوتين سباتاً سكرياً يشفون حتى ان جوسلان يؤمل انه سيأتي يوم وهو قريب تزول به الوفيات في هذه العارضة .

ومبدأ معالجة السبات السكري مبني على إمراض (pathogénie) هذا العارض لان السبات هو نتيجة حموضة الدم الشديدة وهذه الحموضة تنجم من تشوش التغذية الذي هو من علامات الداء السكري الخطرة . وعليه يجب ان يكافح تشوش التغذية هذا منعاً لظهور السبات السكري ودفعاً له متى اعترى المريض .

فالمعالجة الواقية تقوم اذن بمنع الاجسام الخلونية (c.acétoniques) عن التكون وانقاصها ما امكن وتسهيل احتراقها باستعمال الانسولين .

والمعالجة الشافية كانت تقوم سابقاً باشباع الاجسام الخلونيـة الحامضة بثاني فحماة الصوده الذي كان يستعمل منها ١٥٠ — ٢٠٠ غم في اليوم اما اليوم فتقوم باستعمال الانسولين الذي يسهل احتراق الاجسام الخلونية .

وعلى الطبيب ان يعالج المسبوت في بدء سباته متى كان السبات خفيفاً وكان الخلون (acétone) في البول كثيراً وان يرتب المعالجة وفقاً لحالة المريض: لتنفسه ، وقلبه وتفاعل جزهردت وشعوره. وتنظم المعالجة على الوجه الآتي

يبدأ بحقن المريض بعشرين وحدة (unités) من الانسولين كل نصف ساعة وتجرى الحقن في العضلات ويستحسن صنع الحقن الاولى في الوريد وبعد مرور بضع ساعات (٥ — ٦ ساعات عادة) متى زال اتساع التنفس (hyperpnée) ينقص مقدار الانسولين الى عشرين وحدة في الساعة . ومتى مرت عشر ساعات وزال الخلون من البول اوكاد أنقص مقدار الانسولين الى عشرين وحدة كل ساعتين .

ويعطى المريض اجتناباً لعوارض نقص السكر في دمه وتسهيلاً لاذخار مولد السكر في الكبد، من مائيات الفحم (hydrocarbonées) غراماً عن كل وحدة من الانسولين

ومائيات الفحم المستعملة هي حساء الطحين والحليب والخضر الغضة والبطاطا والاثمار او المشروبات المحلاة بالسكر فقط . ولست ارى حاجة الى اعطاء المريض ثاني فحماة الصوده بطريق فمه فقد جربت هذا العلاج فلم أرَ له اقلّ تأثير في معالجة السبات السكري ولا في انقاص الحموضة ومنهم من يزعم انه مضر.

ولينتبه الى افراغ الامعاء وتقطير محلول مؤلف من لتر ماء فاتر مذابة فيه ملعقة كبيرة من ثاني فحماة الصوده قطرة قطرة في الشرج . وكثيراً ما يظهر تحسن محسوس بعد هذه المعالجة لان المصابين بالداء السكري معرّضون غالباً لاعتقال البطن ولان حصرهم (انحباس غائطهم) يسرع سباتهم السكري

بالتسمم الذاتي ويمنع حموضة دمهم عن الشفاء .

ويقوى القلب بحقن (الديجتالين او الستروفنتوس او البنين «كافئين») لان وهط (collapsus) القلب من اعراض السبات السكري الخطرة الذي قد يفضي الى الموت احياناً .

ويدفأ المريض بحمات (boules d'eau chaude) ويغطى باغطية دافئة . فيخرج من سباته عادة بعد ٢٤ ساعة من بدء المعالجة واذا حلل بوله حينئذ كان خالياً من السكر والاجسام الخلونية ويخيل له انه شفي شفاءً تاماً . غير ان المثابرة على الانسولين واجبة والا عاد السبات الى الظهور على ان ينقص مقداره نقصاً تدريجياً حتى يبلغ بعد اربعة او خمسة ايام ٤٠ — ٧٠ وحدة في اليوم . والكمية التي تستعمل عادة في الساعات الاربع والعشرين الاولى لشفاء السبات السكري لا تقل في الغالب عن ٢٠٠ — ٣٠٠ وحدة وقد تمكنا من اخراج المريض من سباته بكمية اقل من ذلك (مائة وحدة) كما اننا في بعض الحالات قد اضطررنا الى استعمال كميات كبيرة جداً (الف وحدة)

ولا تختلف الطريقة التي نستعملها اختلافاً محسوساً عن طريقة جوسلان فهو يبتدىء بالحقن بالانسولين كل ١٥ او ٣٠ او ٦٠ دقيقة ويرى ان تقريب الحقن بعضها من بعض خير من زيادة كمياتها

وطريقة جوهن لا تختلف عن هذه كثيراً فهو يستحسن حقن الوريد بـ٢٥٠ سم٣ من محلول سكر العنب العشري ويترك ثاني فحماة الصوده جانباً

والطرق الاخرى القريبة من الطرق التي ذكرناها افادت الفوائد نفسها كما يستنتج من الاحصاآت التي اعلنت . غير ان اليأس

كان معدل الوفيات في احصاآته عن ٤٢ مسبوتاً سنة ١٩٢٤ ، ٢٤ في المائة ونوستر ١٠ في المائة في عشرين سباتاً سنة ١٩٢٥ وجوسلان ٦ في المائة في ٣٣ سباتاً سنة ١٩٢٥ وبترن ١٤ في المائة سنة ١٩٢٧ في ٥٧ سباتاً وشابانيه ٣٧ في المائة في ٣٢ سباتاً وستروس ٣٣ في المائة في ٥ حوادث وجوسلان في احصائه العام سنة ١٩٢٧ ، ١٠ في المائة في ٦٣ مسبوتاً .

اما انا فقد رأيت بعد ظهور الانسولين في خمسين مريضاً كنت أعالجهم لاصابتهم بالداء السكري ٦٩ سباتاً مات منهم عشرون فكان معدل الوفيات ٢٩ في المائة غير ان ثمانية من هذه السباتات قد اصابت مرضى وهم بعيدون فلم اتمكن من معالجتهم ولست اعلم ما اذا كانوا قد عولجوا معالجة حسنة فاذا طرحنا هؤلاء بقي ٦١ مريضاً مسبوتاً عالجتهم في مستشفاي او في بيوتهم مات منهم ١٢ فيكون معدل الوفيات ١٩،٦ في المائة وينقص معدل الوفيات كلما اتقنا معالجة السبات بالانسولين كما يتبين من جدول السباتات التي عالجتها سنة فسنة منذ ١٩٢٣

السنة	عدد السباتات	الشفاء	الموت
١٩٢٣	٧	٤	٣
١٩٢٤	٨	٦	٢
١٩٢٥	١٠	٤	٦
١٩٢٦	٥	٢	٣
١٩٢٧	٧	٦	١
١٩٢٨	٩	٦	٣
١٩٢٩	٢٣	٢١	٢
	٦٩	٤٩	٢٠

يتبين اذن ان السبات السكري الذي كان في ما مضى مميتاً يشفى اليوم في الغالب والوفيات بالسبات في المصابين بالداء السكري اصبحت نسبتها أقل مما هي عليه في حالات المرض الاخرى كما يتبين من احصاء جوسلان الذي يقسم تاريخ المرض ثلاثة عصور .

العصر الاول حتى ١٩١٤ كان معدل الوفيات فيه بالسبات ٦٠،٨ في المائة

» الثاني » ١٩٢٢ » » » ٤٢ في المائة

» الثالث » ١٩٢٦ (عصر بانتنغ) » » ٢٠ » »

ويعتقد جوسلان ان هذه النتائج المشجعة ستفضي يوماً بعد اتقان المعالجة بالانسولين الى محو الوفيات في السبات محواً تاماً .

غير اننا لا نجاري جوسلان في اعتقاده هذا لاننا نظن ان بعض السباتات لا يستطاع شفاؤها اياً كانت المعالجة الموجهة اليها لان اسباب الموت فيها لا تزال مجهولة وهذا ما يجب تحريه .

وقد استنتجنا النتائج التالية من درس الوفيات الثلاث عشرة التي صادفناها في مرضانا المسبوتين :

في حادثتين	جاءت المعالجة متأخرة ولم تكن كافية
» »	كانت نوبة الحموضة فائقة الشدة
في ثلاث حادثات	مات المرضى بتعفن الدم بعد ان خضعت الحموضة للانسولين
في حادثة	اشترك السبات بسل رئوي حاد
في حادثتين	اشترك السبات بنوبة فرط نشاط الغدة الدرقية الحاد في سياق داء بزدوف
في ثلاث حادثات	اشتركت الحموضة بوهط «collapsus» القلب

فاذا ما روقب المريض مراقبة حسنة واذا ما عود الانتباه لأقل عارضة أُجتنبت المعالجة المتأخرة واذا ما تعلم الاطباء حق العلم كيفية معالجة السبات السكري وجهوا اليه الادوية الفعالة فانجوا عدداً كبيراً من مرضاهم .

غير انني لا اعلم ما هي الامور التي نتمكن من اجرائها في مريض كالذي أَروي مشاهدته : ارسل د . الى شعبتي في اليوم الثاني من سباته وكان احتياطه القلوي معادلاً لأحد عشر حجماً من حامض الكربون في المائة وفسفوره p h معادلاً لـ ٧,٠٦ ولم يكن في حالة سبات تام فاجرينا له في الحال معالجة فعالة بالانسولين حتى اننا حقناه بمائة وعشرين وحدة في الساعات الثلاث الاولى وعلى الرغم من كل هذا اشتد سباته فاستغرق فيه استغراقاً شديداً وقضى نحبه بعد ثلاث ساعات بالوهط القلبي .

ولست اظن اننا نتمكن من صدّ حالات الموت بالتعفن الدموي كما رأَينا في مريض آخر اصابته بعد ان اعترته خراجة في أَليته هجمة حموضة قوية وسبات خفيف فكوفحت الحموضة والسبات بالانسولين فشفي منهما غير انه أُصيب بتعفن الدم الخالي من الحموضة وقد قضى نحبه في اليوم الخامس على الرغم من الشقوق الواسعة التي أُجريت له

وهذا ما يقال ايضاً متى اشترك السبات السكري بسل حاد . فان المعالجة بالانسولين قد تفضي الى محو الحموضة والسبات غير انها لا تدرأ الموت عن المريض بوهط القلب .

ولست اظن ايضاً اننا قادرون على صدّ الموت متى كان الداء السكري مشتركاً بداء يزدوف ولي على هذا مثالان احدهما امرأَة افاقت من سباتها

بعد ان عولجت بالانسولين حتى ظننت انها شفيت واذا بنوبـة وهط قلبي تعتريها كما يحدث في حالات فرط افراز الغدة الدرقية فقضت في حالة استرخاء القلب «asystolie» الفائق الحدة .

فاذا لم نحذف من احصاآت السباتات السكرية الحادثات التي تـكون منها هجمة الحموضة مشتركة مع سل حاد او نوبة فرط افراز الغدة الدرقية او تعفن الدم وحذف هذه الحالات امر منطقي فاننا لن نتوصل ابداً الى محو الوفيات في السباتات السكرية كما يظن جوسلن (*)

(*) لا نجهل ان السبات السكري لا يزال خطراً على الرغم من دخول الانسولين في المعالجة وان بعض المسبوتين يموتون على الرغم من توجيه المعالجة القوية بالانسولين ومقويات القلب اليهم غير اننا لابد لنا من ذكر رأي في المعالجة لم يستعمله الاستاذ لابه ولم يأت على ذكره مع انه مفيد الفائدة الكبيرة في السباتات الخطرة التي لا يكاد يـكون أمل بشفائها نعني به طريقة لورنس :

من المعلوم ان السبات السكري يكون خطراً كلما كانت اللاإماهة (deshydratation) شديدة وتوتر المقلتين خفيفاً والابالة (anurie) كذلك ولهذا فكر لورنس في مكافحة هذه الحالة فجنى من المعالجة التي وصفها فوائد لم يكن ينتظرها وهي معالجة مشابهة لمعالجة المصابين بالهيضة الاسيوية الذين تقترب اعراضهم من اعراض هؤلاء وهي تقوم بحقن اوردة المرضى بمصل ملحي زائد القوة (hypertonique) ١٢ بالالف على ان تستعمل منه كميات كبيرة جداً اي ٤ — ٧ التار في بضع ساعات. ويكمل الاستمصال «sérothérapie» بحقن الوريد بثلاثة ارباع اللتر من محلول صمغ الاكاسيا (وهو محلول لا يتخلل النسج بل يبقى في الاوعية ويغلي التوتر الشرياني) .

ويسهل صنع هذه الحقن الوريدية بمحقنة جوبه المعدة لنقل الدم ويضاف الى هذا المصل الانسولين ومقويات القلب كالـكظرين (ادرنالين) دفعاً للوهط. ويحتمل المرضى هذه الكميات الـكبيرة من المحلول بسهولة دون ان يصابوا بوذمة في سوقهم او رئاتهم واما النتائج فهي باهرة لان المرضى يفيقون من سباتهم بعد بضع ساعات ويسرعون بالشفاء م . خ .

وانه لانتصار مبين ان تكون الوفيات قليلة هذه القلة في مرض خطر كهذا وانه ليفرحنا ان نرى المرضى المصابين بسبات سكري صرف الذين عولجوا في شعبتنا قد نالوا جميعهم الشفاء بيد ان المرضى الآخرين الذين عولجوا بعيداً عن شعبتنا قد قضوا جميعهم. فان هذا يدلنا دلالة واضحة على ان الطريقة التي نتبعها في المعالجة رشيدة ومفيدة

وانا نصنع الجهد لنوقف المصابين بالداء السكري بخطبنا وارشاداتنا على القواعد التي يترتب عليهم اتباعها ونعلمهم فحص بولهم ونوزع عليهم الوصفات المفيدة في الحال متى هددهم السبات كما اننا بالتعليمات التي نعطيها للقائمين بتمريض المرضى في شعبتنا وبايقافهم على المعالجات المستعجلة التي يترتب عليهم ان يتعهدوا بها المسبوتين وبتعليمهم تشخيص السبات السكري قد توصلنا الى شفاء السواد الاعظم من مرضانا في سياق سنة ١٩٢٩ فقد عالجنا ٢١ مسبوتاً فشفي منهم ١٩ .

وكثيرون من مرضانا مدينون بحياتهم لاسراعهم في انباء خفيرة الشعبة هاتفياً بانزعاجهم وتوجيه احد طلبة الطب او ممرضة اليهم مع الانسولين ونقلهم باسرع ما يمكن للشعبة حيث عولجوا المعالجة الفعالة فكل هذا يبين لنا ضرورة الاسراع وتنظيم الطرق الدوائية اكمل تنظيم في معالجة السبات السكري .



القرحة السيلانية

للطبيب جميل مسعود الكواكبي (دمشق)

افتتح كلامي بمشاهدة المريض الذي عالجته قبل ان اذكر آراء الآخرين ثم اعود الى استنتاج ما ارغب في استنتاجه منها مبيناً لقراء هذه المجلة الكرام خيبة المعالجات المتنوعة في القرحات السيلانية ونجاح الحليب فيها .

المشاهدة : شاب في العقد الثاني من عمره ، اتاني مستشفياً من سيلان قيحي بدأ فيه وهلة منذ يومين . ولدى فحصه وجدت السيلان غزيراً جداً حتى ان الصديد كان يتدفق من صماخ البول بضغط القضيب ضغطاً خفيفاً . ولاحظت في قاعدة اللجام كتلة درنية بحجم البندقة مؤلمة بالضغط ، بلون ضارب الى الحمرة .

فبدأت معالجته بحقنة اولى خفيفة المقدار من اللقاح المضاد للمكورات البنية (غونوكوك) . فلاحظت في الغد ان الكتلة الدرنية التي كانت قاسية في الامس قد لانت وضخمت وانبثقت وسال منها صديد غزير شبيه بما كان يسيل من الاحليل .

وبما ان القرحة كانت متعرجة عميقة متقيحة مقتلعة الحافات مع ضخامة في العقد البلغمية غلب عليّ الظن بكونها قرحة لينة ، فاخذت من المنبعين قيحاً وفحصته فحصاً جرثومياً لدفع الالتباس فبدت بالفحص الجرثومي المكورات البنية (غونوكوك) .

فثابرت حينئذٍ على المداواة المألوفة التي كنت ألاقي باستعمالها نجاحاً

كبيراً في السيلان وكانت تجهض المرض في خمسة عشر يوماً على الاكثر ، فلم اشاهد اقل تحسن بل استمرّ المرض شهراً ونصف شهر الا ان الصديد قل وماع وانقلبت الكتلة المتقرحة ثلاث قرحات تنزّ صديداً وقد تأكدت بالاستقصاء فيها انها منفصلة عن الاحليل وعائدة الى الكتلة العقدية المذكورة

فاشركت المداواة العامة بالموضعية بان اعطيت المريض مرهماً ومحلولاً مطهرين لتضميد القرحة فخفت وطأتها وصغرت الكتلة حتى اصبحت بحجم الحمصة وانسد ثقبان وبقي ثقب كبير متقرح متعرج نازّ .

فحقنت المريض بمقادير عظيمة من اللقاح المضاد للتعقيبة فلم أُلاقِ نجاحاً فعزمت على تجربة حقن تحت الجلد بالحليب فحقنت المريض بثلاثة سم٣ في المرة الاولى فارتفعت حرارته حتى ٤٠° وبقي الليل كله يتقلب على أحرّ من النار لارتفاع حرارته وللتفاعل الموضعي الذي استمرّ ثلاثة ايام يقاسي منه اشدّ الآلام . غير ان هذه الحقنة الاولى لم تؤثر في الآفة الاصلية الا قليلا جداً . فأعدت الحقنة بثمانية سم٣ (بعد اربعة ايام من الاولى) فارتفعت حرارته ليلًا الى ٤٠،٥° وبعد نحو من اثنتي عشرة ساعة انخفضت الى ٣٩° واستمرت يومين ثم هبطت الى ٣٨° في اليوم الثالث وعادت الى الدرجة الطبيعية . وقد استمرّ الألم الموضعي والتفاعل تسعة ايام وكانا يخفان خفة تدريجية .

واما نتيجة هذا التفاعل في الايام الثلاثة الاولى فهي :

زاد السيلان كما لو كان المريض مصاباً بسيلان حاد ثم اخذ الصديد يتناقص ويميع الى ان نضب تماماً في اليوم العاشر من الاحليل والقرحة معاً

وعادت الدرينة المتقرحة بحجم نصف الحمصة في تلك المدة فاعدت الفحص المخبري فلم اجد جراثيم نوعيــة . ثم حقنت المريض بخمس حقن من اللقاح المضاد للسيلان احتياطاً مع مثابرته على شرب الدواء داخلاً ، ويعود الفضل الاكبر باجهاض المرض الى الحليب .

وبهذه المناسبة انقل ما قرأته في بعض المجلات الطبيــة الفرنسية عن القرحات السيلانية والحقن بالحليب في السيلان ، لما في ذلك من فائدة فاقول :

اول من ذكر القرحات السيلانية هو لويس زوليان سنة ١٨٩٦ وتشخيصها صعب لندرتها ولكونها لم تذكر في علم الامراض .

وقد قام بلغودر بدرسها وبين في ابحاثه ان لهـذه القرحات المسببة من التعقيبة اشـكالاً متنوعة لا يستطاع وصفها حق الوصف ما لم يشاهد منهـا انواع سريرية عديدة وقد ذكر منها الانواع الآتية :

١ — القرحات الاخدودية (fissuraires) وتصادف خاصة في محيط الفوهات في عمق الالتواآت المخاطية وهي نوع من الشقوق تشبه اللعاقـة (perlèche) التي تحدث في الصوار (ملتقى الشفتين) ، او تشبه الزكام المزمن حول المنخرين ،

ترى في الرجال في الملتقى السفلي لصماخ البول او على اللجام في التعقيبة الحادة جداً الغزيرة السيلان ، وفي النساء على صماخ البول او في التلم الفاصل للشفرين الصغيرين او الكبيرين عن الحليمات الآسية .

ولهذه القرحات الاخدودية التي تشاهد في الرجال والنساء شكل كثير الوقوع وهو الشكل الشرجي السرمي تكون فيه القرحات بشكل ورم صغير قنيبطي

٢ — القرحات السحجية (érosifs) تكون احياناً سطحية ذات قاعدةٍ لينة وسطح احمر او اشهب متسعة بعض الاتساع ، غير منتظمة ترى على سطح الحشفة الملوثة بالقيح في الرجل ، وعلى السطح الباطن للشفرين الصغيرين او في الرتج المهبلي في النساء .

وقد تكون هذه السحجات ذات قاعدة لينة ايضاً وسطح احمر (حمرة العضلات) او رمادية كلون اللويحات الدفترية ، ومحيط محدد فتشبه القرحة الافرنجية السطحية ، او تكون ذات قاعدة مرتشحة صلبة عقدية فتشبه القرحة الافرنجية العقدية .

٣ — القرحات المتقرحة هي آفة محتفرة ، لها غور مقعر ، فيها مدة وتنز صديداً حافاتها مقتلعة (وهي اعراض تشبه اعراض القرحة اللينة) فتلتبس بها اذا لم يعمد الى الفحص الجرثومي .

هذه هي القرحات السيلانية المتقرحة الكثيرة الوقوع والفحص الجرثومي ينفي عصيات دوكري ويثبت المكورات البنية .

ومن القرحات السيلانية النادرة القرحات الآكلة او الثعبانية

وتلقح الجلد بالمكورات البنية قد يحدث قرحات سيلانية بعيدة عن الاعضاء التناسلية .

العراقيل : التهاب الطرق اللنفاوية : (التهاب الشبكة او الجذوع او العقد اللنفاوية) ، والاشتراك الجرثومي الذي يسبب قرحات مشتركة : (سيلانية قرحية ، سيلانية افرنجية بل قرحات ثلاثية) ؛ ولا يبت في التشخيص بمشاهدة هذه الاوصاف المبينة فحسب بل يجب دفع الشك

بالفحص المخبري ، الذي لا يكتفى فيه بتلوين اللطاخة تلويناً بسيطاً بل يجب التلوين بطريقة غرام المضاعفة والزرع والتلقيح الذاتي او الحيواني حتى التفاعل السيلاني لرونشتاين ايضاً .

ولا يحكم بان القرحة سيلانية الا بعد ثبوت عامل نيسر في الكشاطة المأخوذة من عمق القرحة بل من ملء نسيج القرحة بعد غسلها (وليس من سطحها فقط)

المداواة : المطهرات فوق منغناة البوتاسيوم والبروتارغول والغوناكرين والمراهم : كمرهم الراسب الاصفر والكالومل والانسولين او مرهم ركلو واللقاح المضاد للسيلان .

اما القروح ذات السطح المتعرج المتعفن غير المنتظم فتداوى بالكشط او التجريف او الكي بنترات الفضة او بكلورور التوتيا او بمحلول بونان او بالكي الناري .

ويضاف الى المداواة الموضعية المداواة العامة اي الحقن باللقاح المضاد للسيلان او بالهيولينات(protéines) او بالحليب .

الحقن بالحليب في الآفات السيلانية :

في الانتان السيلاني المنتشر الى الموثة (بروستاة) أو البربخ جربت المداواة بالحليب بحقن تحت الجلد بـ ١٠ سم٣ من الحليب المغلى والمبرد بمحقنة ذات ابرة دقيقة . والموضع المنتخب للحقن هو الناحية الوحشية للفخذ . ويوصى المريض بالبقاء في فراشه في الساعات الثلاث او الاربع التي تلي الحقنة وبالتحاف لحف دافئة وبشرب الشيء الكثير من المنقوعات الحارة المحلاة

تعتري المريض بعد بضع ساعات من حقنه بالحليب رعدة شديدة وترتفع حرارته تدريجاً الى ٣٩,٥ حتى ٤٠,٥ ثم ينصب منه عرق غزير فيشعر بضجر ووهن فنصب . ولم يشاهد احد من المؤلفين عرقلة اخرى لهذه الحقن .

وليس لهذه الطريقة ما يمنع استعمالها سوى الاستعداد للصدمة الغروية (ولا سيما في المصابين بداء الربو) .

يشعر المريض بألم موضعي عقب الحقنة يستمر بضعة ايام ويهجع المرض في اثنائها ويصفو البول وتسكن الآلام ويرتشف الالتهاب حتى يصبح جس الخصية مستطاعاً ويصغر حجم الموثة جداً .

فاذا لم تحصل من الحقنة الاولى الفائدة المطلوبة . يعود البول فيتعكر فيحقن المريض ثانية باحتياط تام وذلك بحقنه ببضع قطرات اولاً دراً لحادثة التأق (idiosyncrasie) المحتمل وقوعها .

اما الاعراض التي تعقب الحقنة الثانية فهي اخف من الاولى ويصفو البول بعدها ويحصل الشفاء التام بسرعة . وقلما يستدعي الامر اعادة الحقنة مرة ثالثة .

وقد جنيت نتائج باهرة في التهاب الملحقات في النساء على ان تكرر الحقن فيهن مرات عديدة .

وذكر المؤلفون نتائج حسنة ايضاً في التهاب باطن الرحم وفي التهاب المفاصل السيلاني بحقن المرضى بعشرة سم٣ من الحليب مرة او مرتين .

❀❀❀

معالجة التقيح اللثوي

لطبيب الاسنان الدكتور ابرهيم قندلفت

لمعالجة التقيح اللثوي طرق عديدة مختلفة لا يتسع هذا المقام لذكرها كلها فنها الطريقة الجراحية التي يقول محبذوها ان نتائجها هي مائة في المائة . ومن الاطباء من يعتقد ان الطريقة المنطقية الوحيدة لمعالجة التقيح اللثوي هي تنظيف الاسنان من الرواسب العالقة بجذورها واعناقها وسحل سطوحها اللقمية وحدودها القاطعة بحيث لا يعود هنالك اثر للاطباق الرضي الذي هو في اعتقادهم اهم اسباب التقيح اللثوي ومنهم من يعتمد في معالجة هذا المرض على العقاقير والادوية. والحقيقة ان كل واحدة من هذه الطرق هي الطريقة المثلى اذا استعملت في موضعها فيجب قبل اختبار طريقة المعالجة والبت فيها استفسار عمر المريض وتاريخ حياته والعقاقير التي تناولها في معالجة احد الامراض المزمنة (كالزئبق) مع فحص حالته الجسدية والتأكد من مقدار السنخ الممتص بتصوير الاسنان بالاشعة المجهولة . فاذا كان الجزء المفقود اكثر من ثلث الحافة السنخية كان الامل بشفاء ذلك المريض ضعيفاً كذلك يجب درس الاطباق درساً مدققاً اما في الفم مباشرة او على امثلة جبسية للقوسين السنيتين مأخوذة عن طبعات بالحبر الاحمر . فاذا وجد ان هنالك اسناناً اوحدبات تتلقى ضغطاً زائداً وجب سحلها الى ان يصبح الضغط على جميع الاسنان متساوياً .

فاذا ما اجرينا الفحوص والمقدمات المذكورة امكننا البد بالمعالجة متبعين الطريقة الآتية :

فالخطوة الاولى في معالجة التقيح اللثوي هي نزع الرواسب عن اعناق الاسنان وجذورها وصقل جميع الحشوات التي تلامس اللثة ونزع التيجان والجسور الثابتة التي لا تتوفر فيها الشروط الصحية ولا سيما ما كان منها غير منطبق تمام الانطباق على اعناق الاسنان تاركاً بين الاثنين فراغاً صالحاً لتجمع الجراثيم وتكاثرها . ويجب اثناء عملية التنظيف هذه استعمال احد المحاليل المطهرة بواسطة الرشاش (atomizer) كي يخترق المحلول جميع الشقوق ومخابيء الجراثيم ويقتصر في الجلسة الاولى على نزع الرواسب السطحية من اعناق الاسنان ويرجأ تنظيف الجذور والاقسام العميقة لجلسة تالية مع الايعاز الى المريض باستعمال مضمضة مطهرة كفوق برمنغناة البوتاس بين الجلستين

ويلاحظ احياناً ان النسيج اللثوي المجاور لجذور الاسنان المريضة قد اكتسب طبقة من الخلايا الابيتاليالية القرنية الملمس تمنع التحام اللثة بالرباط وانطباقها على اعناق الاسنان وقد وجد ان افضل الطرق لازالة هذه الطبقة الابيتاليالية حلها حلاً كيماوياً بالمركب الآتي :

كبريتور الصوده	(sulfure de soude)	٧٥ غم
فحماة الصوده	(carbonate de soude)	١٥ «
ماء		١٠٠٠ «

اما كيفية استعمال هذا المحلول فهي ان يطلى به سطح اللثة الداخلي بقطعة قطن تمسك برأس الملقط مع الانتباه لوقاية النسج المجاورة بملفات

القطن وطليها بالفازلين حتى لا يخرشها المحلول الا اذا لامسها خطأ . واذا ظهر في الجلسة التالية انه لا يزال هنالك بعض هذه الخلايا الابيتاليالية وجب إعادة استعمال المحلول ثانياً وثالثاً حتى يزول اثرها . ثم تغسل الجيوب بمحلول الملح العادي او بمحلول فوق بوراة الصوديوم (perborate de soude) وذلك بواسطة الرشاش بحيث يخترق المحلول جميع النسج الموبؤة .

وليس ما ذكر اعلاه من الاجراءات سوى خطوات تمهيدية لاستعمال العامل الدوائي المطهر الذي سيأتي ذكره . ونحن لا نقول بان هذا الدواء يعيد الحياة للنسج الميتة بل يحول الجيوب العفنة جيوباً خالية من الجراثيم فينقطع بذلك سيلان القيح ويجب قبل استعمال الدواء غسل الجيوب بالماء المعقم وتنشيفها ثم مسها بالكلوروفورم .

اما الدواء المستعمل فعبارة عن محلولين الاول محلول نتراة الفضة في ماء النشادر . تحل اولاً نتراة الفضة في اقل قدر ممكن من الماء المقطر ثم يضاف ماء النشادر تدريجياً فيرسب اولاً راسب اسود هو هيدروكسيد الفضة لا يلبث ان ينحل بزيادة ماء النشادر . اما المحلول الثاني فهو محلول الفورمول. ويوضع اولاً محلول نتراة الفضة في الجيوب ويترك من عشر الى خمس عشرة دقيقة وينشف بعدها القسم الباقي من المحلول بقطيلة من القطن ثم يوضع في الجيب مقدار معادل من محلول الفورمول ويترك دقيقتين او ثلاث دقائق ريثما يخترق جميع الخلايا الموبؤة . وينشف الجزء الباقي ويعاد وضع محلول نتراة الفضة ثم ينشف هذا ايضاً ويتبع باليوجينول (eugenol) وينشف هذا ايضاً فتكون نتيجة ذلك تعقيم جميع النسج التي تخللها المحلول

ولا سيما الملاط الذي ترسب فيه الفضة بالحالة المعدنية وهي اكثر ما تكون مقدرة على التعقيم وتعرف هذه الطريقة اي طريقة إرجاع الفضة للحالة المعدنية بواسطة محلول الفورمالين بطريقة الدكتور هاو (Howe) واول ما استعملت ولا تزال تستعمل له تعقيم قنوات الاسنان ولا سيما المعوجة منها التي يصعب تنظيفها ميكانيكياً بالابر الشائكة .

وقد يشعر المريض عند وضع الدواء في الجيوب لاول مرة بلسعة خفيفة لا تلبث ان تزول . ولا يحدث ضرر من تماس هذا الدواء بالنسج الرخوة لانها تكوي الطبقة السطحية منها فتطرحها الخلايا التي تحتها وتكون نتيجة ذلك التجدد الشفاء .

على انه يجب ان لا يقتصر على استعمال هذا الدواء بل يجب على المريض الاعتناء بنظافة فمه واستشارة الطبيب في فترات معينة بعد شفائه لمراقبه الحالة لان كثيرين ممن قد شفوا تماماً عاودهم المرض بسبب اهمالهم تنظيف اسنانهم وافواههم . وتجب معاينة المريض مرة في كل شهر لمدة سنة على الاقل بعد شفائه. كذلك يجب افهامه فائدة التمسيد واهميته سواء أفي اثناء المعالجة او بعدها اذ ان اهم عوامل النجاح في معالجة التقيح اللثوي هو تنشيط الدوران الدموي والاطراح (élimination) وما الآلات والعقاقير سوى وسائط مساعدة للوصول الى هذه الغاية .



افتتاح الدروس ودار كتب الجامعة السورية

احتفلت الجامعة السورية يوم السبت الواقع فيه ٢٢ تشرين الثاني سنة ١٩٣٠ بافتتاح الدروس ودار الكتب وهذه هي المرة الاولى التي تحتفل جامعتنا بمثل هذا العيد جرياً على خطة الجامعات في العالم ذلك لانه لم تكن لها قاعة فسيحة للاحتفال بمثل هذه الاعياد العلمية . اما الآن وقد انشأت الجامعة بناءها الفخم واقامت فيه مدرجاً كبيراً يستوعب زهاء الف مدعو فقد رغبت في ان تسير على خطة الجامعات ولم تأزف الساعة العاشرة قبل الزوال حتى اقبل المدعوون ودخلوا القاعة فرأس الاحتفال فخامة رئيس الوزراء المعظم الشيخ تاج الدين الحسني يحف به سعادة وكيل المندوب المفوض الموسيو فيبر ومعالي الوزراء ورؤساء الاديان والاعيان واساتذة الطب والحقوق والآداب وما ان استقرّ المقام بهم حتى نهض معالي عميد الجامعة السورية والقى الخطاب التالي :

خطاب عميد الجامعة

جرت العادة ايها السادة ان تحتفل الجامعات في رأس كل سنة من سنواتها التدريسية بيوم افتتاحها . وجامعتنا السورية لم تسر على هذه الخطة في ماضيها لانه لم يكن لديها قاعة فسيحة لمثل هذه الاحتفالات ولما كان قد تم الان البناء الذي يظللنا وكان هذا المدرج الكبير قد اعد لمثل هذه الاعياد العلمية وكان افتتاحه الرسمي قد وقع وشرف بعضكم بحضوره الحفلة التي اقامتها الجامعة لهذه الغاية رأينا في هذه السنة ان نسير على خطة الجامعات ونحتفل ببدء سنتنا التدريسية ولما كنا نرغب في ان يشرف هذا العيد السعيد

المدير العام للمعارف في المفوضية العليا المسيو بونور اضطرنا الى تأخير موعده عن بدء السنة التدريسية ريثما يتيسر لضيفنا الكبير تلبية دعوتنا

واني بهذه المناسبة ارفع الى حضرته أخلص عواطف الشكر لتكرمه بقبول هذه الدعوة

وقد جرت العادة ايضاً ايها السادة ان يطلع عميد الجامعة مدعويه على ما جدّ في السنة التدريسية ويوقفهم على ما ينوي احداثه في السنة المقبلة . اما ما جد في سنتنا الحاضرة فيستحق الذكر نسرده لحضرتكم باختصار

ففي معهد الحقوق ستحدث شعب ثلاث حسبما تفضل فخامة رئيس الوزراء المعظم وأمر بتهيئة برامجها في حفلة توزيع الشهادات الاولى للادارة والمالية والثانية للقضاء المدني والثالثة للقضاء الشرعي. وبرامج هذه الشعب لا يزال قيد الدرس ومعاملاتها سائرة في مجراها الطبيعي ومتى تمت يباشر افتتاحها وقبول الطلاب اليها قريباً ان شاءالله . ولا يخفى ما في الاختصاص من الفائدة للبلاد وللمحامي نفسه لاننا في عصر تفرعت به العلوم وكثرت شعبها حتى استحال على الطالب الاحاطة بجميعها اياً كانت درجة ذكائه . فمن يرغب في ان يكون لامعاً عليه اذاً ان يخصص نفسه باحدى هذه الشعب كما هو الامر في الفروع الطبية التي لا تختلف ماهيتها عن الفروع الحقوقية . فهذا ما كان ينظر اليه المعهد وما حققه هذه السنة

وقد رمم ايضاً بناء معهد الحقوق ترميماً جميلاً من الداخل والخارج وعادت اطرافه حديقة غناء يبعث النظر اليها في قلوب الطلبة البهجة والجذل . وافرزت قاعة كبيرة فيها لتطبيق المحاكمات بصورة عملية علنية ليتعود الطلبة المرافعة ويهون امرها عليهم بعد خروجهم الى معترك الحياة

وفي معهد الطب كيف برنامج الصيدلة وفقاً للبرامج المتبعة في اكبر معاهد اوروبا وادخلت عليه بعض التعديلات الموافقة

وفي مدرسة الآداب العليا افتتح الصف الثاني هذه السنة ولم يكن في السنة الماضية غير صف واحد واحداث هذه المدرسة في دمشق يعلي مستوى الانشاء والادب العربيين والفرنسيين في البلاد ويدفع بابنائنا الى اتقان لغتهم وتفهم آدابها بعد ان كان معظمهم يكتفون بتفهم ادب احدى اللغات الاجنبية مهملين كل الاهمال لغة جدودهم كأنها الفرع وتلك الاصل ولم يكونوا يتوصلون الى اتقان تلك ويكونون قد اهملوا لغتهم نفسها فمدرسة

الآداب العليا تنفخ في ابناء اللغة روحاً جديدة وفي اللغة نفسها حياة كانت كامنة

وفي الجامعة السورية انشئت مطبعة مجهزة بجميع الادوات والمعدات لطبع ما تحتاج اليه فروع الجامعة الثلاثة من المطبوعات وطبع مجلة المعهد الطبي وما يؤلفه الاساتذة من الكتب وفي احداث هذه المطبعة اقتصاد بالنفقات وترويج للاعمال

وقد احدثت فيها ايضاً دار الكتب لطلابنا جميعهم من طب وحقوق وآداب ليعودوا اليها في مطالعاتهم وتتبعاتهم وقد كانت النواة التي القتها الجامعة في تلك الخزانة كبيرة تبشر بمستقبل حسن . فان عدد مجلداتها الحاضر ينيف على ثلاثة آلاف وثلاثمائة مجلد وستعنى ادارة الجامعة بجمع كل طريف ومفيد من الكتب وضمه الى الخزانة لتكون مرجعاً لرواد العلم في هذه البلاد . ونفع خزائن الكتب ايها السادة امر معروف لست ارى حاجة الى ذكره فان البلاد بما فيها من خزائن الكتب . كما ان العالم الفرد بكتبه وبما جمعه ويجمعه من المؤلفات وبما يدونه في سجلاته من الاختبارات والتتبعات الشخصية لان المرء الذي يعتمد على ذاكرته فقط في تتبعاته قلما يلاقي نجاحاً فهي تخونه فيعود الى التقصي والتفتيش عن امر يكون قد صرف في سبيله اياماً لا بل اشهراً ويضيع وقته سدى ولما كان الفرد أياً كانت ثروته لا يستطيع ان يجمع لنفسه ما يصدر في العالم من نتاج عقول العلماء كان على الحكومات ومعاهد العلم ان تقوم بهذا العمل وتوجد للعلماء في بلادها مرجعاً يعودون اليه وهذا ما نظرت اليه الجامعة وما ستحققه لهذه البلاد العزيزة وانا سندعوكم الان سادتي بعد انتهاء هذه الحفلة الى افتتاح هذه الدار الرسمي في الجامعة .

هذا ما احدثته الجامعة في هذه السنة التدريسية وكل هذه الامور الحديثة التي انشأتها وما هي جادة في انشائه يعود الفضل فيه الى الحكومتين الوطنية والمنتدبة اللتين لا تزالان ترمقانها بعين ملؤها العطف والمساعدة فان الحكومة المنتدبة قد اهدت الى خزانة كتبنا المئات من مؤلفات علمائها الاعلام ومفوضوها السامون ومندوبوهم في دمشق كانوا لجامعتنا خير مساعد واعظم نصير وكذلك رؤساء حكومتنا الفخام الذين توالوا على منصة الحكم فقد كانوا لنا خير عضد في ما نحن ساعون اليه ولم يضنوا علينا بما فيه خير جامعتنا وازدهارها ولا سيما رئيس وزرائنا المعظم فخامة الشيخ تاج الدين افندي الحسني الذي تم في عهده هذا البناء الفخم الذي نتفيأ ظله فاننا بفضل ما اغدقه علينا من المساعدة وما شملنا به من العطف قد

تمكنا من القيام بالاعمال التي ذكرناها آنفاً وهي انشاء دار الكتب وترميم معهد الحقوق ولولا التفاته السامي لما كان لنا ان نتم هذه الاعمال . فهو يدفع الجامعة السورية دائماً الى الامام ويسهل علينا كل عقبة تعترض سبيلنا فالى فخامته اسمى عواطف شكرنا على ما بذل وما سيبذل في سبيل جامعتنا المدينة له بالفضل

وانني اترك الآن الكلام لمعالي وزير المعارف العام وسعادة مدير المعارف العام في المفوضية العليا الموسيو بونور مكرراً لهما شكري الخالص لتكرمهما بقبول هذه الدعوة

ثم نهض احد طلبة الطب فألقى ترجمته بالفرنسية . وقام على الاثر معالي وزير المعارف العام الاستاذ محمد كرد علي فلفظ خطاباً نفيساً ندونه بحروفه لما فيه من الدرر الغوالي وقد قوطع بالتصفيق .

خطاب وزير المعارف

كنت اطالع منذ ايام قلائل كتاباً ملء علماً ألفه موسيو (هريو) بحث فيه عن مستقبل فرنسة وقد ذكر في مقدمته ان هذا المستقبل لا يكون في ثمرات الخيال ولا في دوافع العاطفة بل ينحصر في كلمتين « الادراك والانتاج » وان شئتم فقولوا العلم والعمل

لقد استوقفت ذهني هاتان الكلمتان فانهما تدلان على معان كثيرة وربما اندمج فيهما معنى الحياة بمجامعها ولما قرأتهما قلت في نفسي أفلا يتوقف مستقبلنا ايضاً على الادراك والانتاج أفلا يجب علينا ان نخاطب شباب بلادنا بمثل ما خاطب به (هريو) شباب فرنسة فنقول لهم « ادركوا انتجوا ». فالعلم وحده هو الذي ينبغي ان يخلق لنا وطناً جديداً فقد كان (سبنسر) يقول « للدراسة العلمية شأن عظيم لانها تمهد السبيل الى الحياة الصناعية والتجارية » فاذا كثر في جماعاتنا خسران المال الناشىء من فقدان العلم فكم يكثر خسران هذا المال في المستقبل في الجماعات التي تظل في عزلة عن هذا العلم

وكان برتلو يقول « العلم يستولي على كل شيء فلا يمكن بعد اليوم ان يكون لرجل من الرجال سلطة دائمة اذا لم يستنر بتعاليم العلم »

نعم يجب علينا ان نخاطب شباب وطننا بهذا الكلام « ادركوا انتجوا »

ولكن قبل ان نقول لهم « ادركوا » يلزمنا ان نسأل هل مهدنا لهم سبيل الادراك . اظن ان الحكومة لم تقصر في شيء من هذا التمهيد فقد بذلت مجهودها في اصلاح التعليم على مختلف درجاته .

رأت وزارة المعارف ان التعليم الابتدائي نظري اكثر من ان يكون عملياً فاقترحت على مجلس المعارف في جلسته الاخيرة ان ينظر في هذا الامر فيصرف اذهان الطلاب الى العمل الذي يفيدهم في حياتهم سواءاكان هذا العمل تجارياً ام زراعياً ام صناعياً فادخل على البرنامج الابتدائي ما ينفذ هذا المقترح فاصبح الطالب حراً في انتخاب الوجهة التي يريدها في الحياة بدلاً من ان تكون وجهته الوظائف وحدها

اما التعليم الثانوي فان وزارة المعارف اخذت تعد العدة لتعديله على حسب مقتضيات هذه البيئة . واما التعليم العالي فاظن ان الحكومة قد عطفت عليه كل العطف واهتمت به كل الاهتمام فلم تبخل على جامعتنا السورية بالمال الذي يرفع بهذه الجامعة الى أعلى الدرجات حتى ان احد اساتذة جامعة (ستراسبورغ) زار في الصيف الماضي سورية وقال لي بعد زيارته لقد رأيت في مخابر جامعتكم من الكمال ما لم أره في بعض جامعات فرنسة نفسها . ولا يزور استاذ من اساتيذ فرنسة جامعتنا السورية من دون ان تترك في نفسه اجمل الآثار وابلغها

واذا كان للجامعات حياة خاصة تمكنها من الوصول الى الغاية التي ترمي اليها اي الى البحث العلمي وحده فان الحكومة قد احترمت حياة جامعتنا وأيدتها حتى تستطيع ان تصل الى غرضها السامي ، البحث عن العلم ، فجعلت الجامعة السورية حرة في جميع متصرفاتها المادية والمعنوية حتى اصبحت مفخرة بلادنا ولم يقتصر فضل هذه الجامعة على هذه الديار بل امتد الى بلاد اوسع كلبنان وفلسطين والعراق ومصر فكانت ضياء يستضيء به الشرق القريب كله .

نعم لم تبخل الحكومة بالمال على جامعتنا وقد استطعنا بهذا التوسيع ان نزيد في معاهدها فانشأنا شعباً للادارة والمالية والقضاء المدني والقضاء الشرعي في معهد الحقوق سنحتفل قريباً بافتتاحها كما اننا نغتبط اليوم بافتتاح خزانة كتب الجامعة لتكون لطلابها مورداً سائغاً كل حين وقد انشأنا ايضاً في السنة الماضية مدرسة الادب العليا ولا يخفى على حضرتكم ما لهذه المدرسة من التأثير البليغ في اللغة والادب فانها فضلاً عن حرصها على ميراثنا اللغوي والادبي

تحمل شبابنا على تنمية هذا الميراث وتدربهم على ذوق لذة نتائج العاطفة والشعور وهكذا ستظل الحكومة تتعهد الجامعة حتى تتم لها فروعها كافة على احدث اسلوب واجمل طريقة ولم ينحصر تأييد الجامعة في الحكومة وحدها ولكن فخامة المفوض السامي موسيو بونسو قد شاركنا في هذا التأييد فما زال يعمل على الاهتمام بجامعتنا فها نحن نشكر لسعادة موسيو بونور مستشار المعارف في المفوضية العليا تكرمه بالحضور فقد احب ان يعرب لنا عن عطف فخامة المفوض السامي على التعليم باختلاف درجاته: الابتدائي والثانوي والعالي

من هذا كله يا سادتي يتبين لنا ان سبل الادراك ممهدة لشبابنا واننا لم نبخل عليهم بشيء مما يوسع لهم افق الادراك فيحق لنا بعد هذا كله ان نقول لهم « انتجوا » لان العقل الذي يدرك لا يكاد يكون شيئاً من دون العمل والانتاج . فاذا قلنا لهم « باب العلم مفتوح » حق لنا بعد هذا كله ان نقول لهم «اعملوا» لان العلم وحده لا يكفي اذا لم يكن مقروناً بالعمل

وتلاه السيد شفيق جبري مدير مدرسة الادب العليا فألقى ترجمته بالفرنسية

ثم اعتلى المنبر سعادة الموسيو بونور مدير المعارف العام في المفوضية العليا فألقى خطاباً بديعاً لا نأتي على خلاصته فحسب رغم طوله بل نفضل ان ندون ترجمته ببعض التصرف ليطلع قراؤنا عليه ويقفوا على نوايا الدولة المنتدبة الحسنة نحو المعارف في بلاد الانتداب

ترجمة خطاب الموسيو بونور

افتتح كلامي باسداء الشكر لمن اعدّوا هذا الاحتفال وتكرموا بدعوتي اليه . انني اشعر بلذة لا توصف لكوني هنا في الجامعة السورية بدمشق بين قوم اوجدوا في هذه المدينة حركة أدبية تجذبني وتستهويني ويحرك نشاطها فيّ الاعجاب واحرّ التمنيات بنجاحها وفلاحها. كنت ارغب منذ زمن مديد في ان اجيء وانشط مشيدي هذه المدارس العالية التي اقيمت للتحريات العلمية والسعي وراء الحقيقة واكبر عملهم العظيم الذي اخذوا على عاتقهم القيام به انني احيي اساتذة جامعة دمشق واعضاء الحكومة السورية الذين كانوا يداً واحدة في

خدمة مصالح العلم والتثقيف الوطني ، هذه الفئةالتي ستبقى اسماء افرادها منقوشة في سجل المستقبل يجف بها عرف الجميل لانها وضعت امام أعينها مصير شعبها الادبي وكان لها من قوة الارادة ما دفعها الى تخصيص جهود كبيرة في احياء الثقافة العربية التي كانت زاهرة زاهية وان عملاً شريفاً كهذا لا ننشطه فحسب بل نعطف عليه كل العطف ونكبره كل الاكبار. وانكم لمحقون ايها السادة ألاّ تسألوا منا نحن الفرنسيين الرضاء عن حركتكم الادبيةفقط بل العطف على مشروعكم والاهتمام به والعمل معكم يداً واحدة · انكم لعلى حق بان تسألونا تفهم افكاركم وإدراك ما رق من عواطفكم وما لطف من اميالكم وطباعكم كيف لا وانتم خلف ذلك السلف المجيد الذي كانت له تلك المدنية القديمةالزاهرة فاسمحوا لي ان ابين لكم اننا لعلى استعداد للعمل معكم في هذا الحقل الادبي واني لمغتبط بالخاصة بهذا العمل والجذل بالقيام به لانني ادرك منذ زمن طويل تلك اللذة التي يشعر بها الغربي حين اشتغاله في بلد غنيّ بتاريخه المجيد ونهضته الحديثة وكم في دمشق من تلك الذكريات فانني لا ارفع عينيّ الى مأذنة الجامع الكبير الا واتمثل الغزالي غارقاً في تأملاته بوحدة الخالق . ولا التفت الى حلب الا واذكر المتنبي وقصائده الرنانة وحكمه الرائعة ولا ادير لحاظي الى معرة النعمان الا واتمثل ابا العلاء ذا الذكر الخالد .

بحق تقول ايها السادةان بلادكم قد كتب لها ان تكون مركزاً ادبياً مشعاً وسوقاً كبيرة تباع بها قلائد الفكر وان الاسباب التي دعت الى تقلقل حالة سورية السياسيةفي الاجيال السالفة الذكر هي نفسها اوجدت لها ذلك المقام السامي في الادب والفكر . فان بلادكم الواقعة في ملتقى بلدان عريقة في المدنية بوذقة تصهر فيها الافكار الآتيةمن تلك الاتجاهات المختلفة وتمتزج وتتمثل فيكم . وقد استفادت سورية من هذا الوضع لانها كانت تتغذى بهذا الغذاء الادبي وتنقله الى الآخرين فتغذيهم به .

ان تاريخكم المجيد ايها السادة يدعوكم الى الاتصال بالمدنيات الحاضرة ومبادلة الغير افكاركم الناضجة ويحملكم على تفهم اسرار هذه الحياة الفكرية ودرسها عن كثب لان منها ما درسه غيركم في هذا العالم وما هو مختلف عن مبادئكم لا بل ما هو مضادّ لها احياناً وسورية القريبة من البلدان العربية اللسان والمجاورة للغرب اجدر من كل بلد لوضعها الجغرافي باتحاف المدنية العامة بمستحدثاتها الفكرية وفنها الخاصين بها وبنقل الحقائق التي تقتبسها

من الغير او التي تبتكرها

ان هذه الفكرة هي التي دعت أولي الامر بدون اقل تردد بعد ان وضعت الحرب اوزارها الى جعل الجامعة السورية مؤسسة علمية يستطاع بها اثبات المقايسة مع جامعات اوربة واذا ذكرت جميع من فهموا هذا الامر وعضدوه ولا سيما فخامة رئيس الوزراء كان عليّ بالخاصة ان اثني على رجل دفعه اعتقاده الثابت الى ترك التردد والشك جانباً على رجل ضمّ الى تلهب عقيدته مناقب الاداري الحكيم اعني به عميد الجامعة رضا بك سعيد انني رأيتك للمرة الاولى يا حضرة العميد سنة ١٩٢٣ في ذلك الزمن الذي لم تكن قد انشئت فيه على هذه الهضبة حيث نحن هذه الابنية الجميلة التي تفتخر بها دمشق . وانني لا ازال اذكر انك سرت معي في هذه البقعة المهملة حيث اقيمت اقفاص للقبعات (cobayes) شبيهة باماكن الارانب التي تشاهد في الضواحي غير ان يدك كانت تشير في هذه الارض القفراء الموحلة الى الاماكن التي ستقام فيها ابنية السريريات والمخابر والمدرجات ودار الكتب . وقد برزت اليوم هذه الابنية من الارض محققة الخطة التي رسمتها والغاية التي كنت ترمي اليها وسيذكر اسمك كلما ذكرت هذه المؤسسة العلمية . غير ان عملك لم يتم ومهمتك لم تنته بعد لان عملك فكري يتجدد تجدداً دائماً ويكتمل مع الزمن اكتمالاً متمادياً .

يعلم العميد رضا بك سعيد والاساتذة الذين يحيطون به سوريون وفرنسيون حق العلم ان الجامعة عضو من اعضاء الفكر وان اقامة الابنية الجميلة واستجلاب الادوات والمعدات العديدة لا يكفيان لان قيمة هذا الشيء لا تقاس بكبر حجمه وكميته بل بنوعه وكيفيته ولا تسمى الحقيقة حقيقة الا متى عاشت وظهرت وقبلها من ينقلها ومن يتقبلها . ومعهد الطب بدمشق معتقد كل الاعتقاد بهذه الشريعة الصارمة: ولهذا نراه يتابع جهوده لاصلاح طرقه ومخابره وتعليمه ولاكمال دروسه السريرية ويوجه نظره اكثر فاكثر الى التحريات والمشاهدات الدقيقة غير ناس ان الطب يبتدىء كالعلم وينتهي كالفن

ان تقدماً زاهراً ينتظر معهد الحقوق بدمشق واقبال الشبيبة السورية على دروس الحقوق يبشر بمستقبل زاهر له . وليس في هذا الاقبال العظيم ما يعجب وزمننا الحاضر زمن التبدلات والانقلابات والبلدان المجاورة تخذ بعضها الشرائع الاوروبية قانوناً له والبعض الآخر كمصر يطور دستوره ويعدّل قوانينه فشبيبة هذا العصر ترى فيها دافعاً يدفعها الى

الاشتراك بهذا الانقلاب الذي تطمح اليه او تنتظره وتشعر بحاجة الى هذه الاداة التي لا بدّ منها للاشتراك بالحياة السياسية وبهذا التطور الاجتماعي الجديد . فامام معهد الحقوق بدمشق دور كبير ينتظره وهو يستعد لهذا الامر بتجدد كبير في دروسه وبايجاد فروع للتخصص حتى يتسنى له ان يثقف افكار تلامذته ويمرنهم تمريناً عملياً في الوقت نفسه .

ان خلق حركة التجدد هذه بتثقيف الشبيبة هذا التثقيف العالي هو الغاية التي ترمي اليها جامعة دمشق وقد اردتم ان تكون اداة هذا التجدد وهذه الثقافة اللغة العربية ولستم مخطئين في اختياركم لها بل كونوا واثقين انكم احسنتم صنعاً باتقانها فان من يزعمون ان اللغة العربية غير صالحة للتعبير عن مصطلحات العلم الحاضر هم على خطإ مبين فالتاريخ يثبت ان لغة الضاد كسائر اللغات الاخرى غنية باشتقاقاتها وكافية بكثرة تراكيبها للتعبير عن الافكار الجديدة والارتباطات الحديثة التي تربط تلك الافكار فان فلاسفة العرب حينما نقلوا في القرن التاسع الى لغتهم رسائل ارسطوطاليس تمكنوا من نقل العلوم الى لغتهم كما في عهد ابن سينا والغزالي وابن رشد فما من ينكر والحالة هذه ان اللغة العربية صالحة لماشاة اللغات الاخرى وللتعبير عن الافكار العلمية الحديثة وسأبين الاسباب في فرصة اخرى لانها صعبة ومعقدة . اعلموا ان اندفاعكم الى ايجاد مؤسسة علمية كبيرة عربية اللسان هو على ما ارى اكبر دليل على حذاقتكم فظلوا ابدا محافظين على هذه الاداة البديعة التي نحن مدينون لها بكثير من الاعمال الباهرة وبعدد من الاشكال الجميلة التي تجلى بها الفكر البشري

في الارض فئة من الناس ايها السادة تشمئز منها نفسي اعني بها اعداء الحقيقة فانهم يريدون الوحدة في كل شيء ولو كان في الوحدة الموت لما اوجدت الحياة من الامور الجميلة والنادرة انهم يرون ان اللغة التي يحق لها ان تحيا هي اللغة التي ارضعتهم اياها مرضعاتهم مع لبانهن وان غيرها من اللغات حجر عثرة يجب نبذها والقاؤها جانباً ولكي يبرروا عملهم ويسلوا انفسهم يتعلمون الاسبرنتو . أجل لسنا ننكر ان تعدد اللغات بين سكان ارضنا يعوق المبادلات العلمية غير ان تعددها مفيد للشعر وهذه الحسنة وحدها كافية لتفضيلها . قال احدهم عن العرب « ان علم هذا الشعب الذي يحق له الفخار به هو علم اللغة ومعرفة اصطلاحاتها وقرض اشعارها والبراعة في تركيب نثرها » إنني اهنيء العرب وأتمنى ألا يضيعوا هذا

الاحترام المقدس للغتهم لان من يدافع عن لغته يدافع عن اصله وعن حقه المقبل وعن كيانه وعن لحمه ودمه انكم تفهمتم هذا الامر جيداً ولهذا انشئت في دمشق الى جانب مدارسها العالية مدرستان اجيء على ذكرها باختصار فالاخيرة منهما هي مدرسة الادب العليا التي ولدت فكرة انشائها في المجمع العلمي العربي هذا الحارس الامين على تقاليد اللغة ، هذا الوصي العالم الساهر على ابقاء وسائط التعبير الخاصة بالشعب العربي . يقول رئيس المجمع العلمي اللوذعي قولاً بعيد النظر في تقريره الرابع عن اعمال المجمع في السنوات الخامسة والعشرين والسادسة والعشرين والسابعة والعشرين بعد التسعمائة والالف « وكان من اعظم اماني المجمع في السنين الخالية انشاء كلية للاداب . . . . وذلك لعلمه باحتياج الآداب العربية الى ان تتخرج فيها طبقة مختارة تحسن الكتابة والخطابة بلغتها وتسير في التأليف والترجمة وتعاطي الامور العلمية وادارة الاعمال على النظام الغربي . » وقد قيض لطالب هذه الامنية ان يحققها بنفسه . فالى رئيس المجمع العلمي هذا العالم العامل والمؤرخ السوري الطائر الصيت يعود الفضل في إنشاء مدرسة الادب العليا . وهذه المدرسة التي نشأت في احضان المجمع العلمي العربي وضمت الى الجامعة السورية ستلقن طلبتها آداب اللغة وتهذيب الانشاء ونقاوة التعبير متبعة خطة المجمع الذي انشأها غير انها ستكون ايضاً اداة للثقافة العقلية العامة ورابطة تربط بها اعمالها بتطور الاخلاق والذوق والفكر البشري لانها لهذه الغاية انشئت ايضاً

وقد بدأت هذه المدرسة صغيرة وسترتقي سلم التقدم درجة درجة حتى تستحق اخيراً ان تسمى معهد الادب العالي . ولست اشك ابداً ان هذه المؤسسة الحديثة العهد ستكون بفضل اساتذتها الذائعي الصيت اللامعين خير خلف لمدارس البصرة والكوفة التي جعلت الغرامطيق العربي درساً من أدق الدروس واكملها .

ذكرت ايها السادة باختصار المدارس العالية في دمشق ولست انسى المتحف الذي نحن مدينون به لمديره العالم الذي وقف على ماضي سورية وتلك المدنيات العديدة الغابرة

وجميع هذه الاعمال التي ينتظرها مستقبل باهر لم تتم وتكتمل الا بفضل الحكومة التي اشكر رؤساءها الفخام فقد قيض الحظ للجامعة السورية انها كانت تجد دائماً على رأس الحكومة رجالاً يقدرون المدارس العالية قدرها ويعلمون حق العلم انها عامل اساسي في رقي البلاد وفخامة رئيس الوزراء الحالي ووزراؤه الاعلام لم يدعوا ولن يدعوا فرصة

تمرّ الا اظهروا بها التفاتهم وعضدهم لهذه المؤسسة العلمية . والجامعة السورية ترى ايضاً في شخص فخامة المفوض السامي ومندوبه في دمشق خير عضد فان سعادة المندوب قد تمكن بفكره الثاقب ونفوذه الكبير ان يحلّ المشاكل الدقيقة. التي يستدعيها تنظيم هذه المؤسسات الكبيرة . فلتطمئن الجامعة السورية ولتسر هادئة البال في انجاز مهمتها السامية التي اخذت على عاتقها القيام بها وهي تنشيط الشعب السوري وارشاده وصقل عقله المشعّ ذكاءً

ثم سار المدعوون الى تكية السلطان سليمان القانوني حيث دار كتب الجامعة الحديثة فدخلوا قاعة كبيرة من قاعات ذلك البناء الاثري الجبار الذي هزأ بمئات السنوات لا يقل طولها عن خمسين متراً وقد نظمت فيها الخزائن العديدة ونضدت فيها الكتب العلمية من طب وحقوق وأدب ورتبت ترتيباً يسهّل على أمين تلك الدار تلبية طلبات زائريه ووضع الكتب التي يرغبون في مطالعتها بين ايديهم .

وبعد ان طاف المدعوون في تلك القاعة والقوا نظرة على تلك المجموعة النفيسة التي القت فيها الجامعة نواة دار كتبها انصرفوا وهم معجبون بتلك الجهود التي تبذل في دفع الجامعة السورية الى الامام ولا عجب اذا سارت هذه المؤسسة العلمية ذلك السير السريع الرشيد وعميدها النابغة وربانها الحكيم معالي الاستاذ رضا سعيد بك يدير دفتها بحكمة وحنكة نادرتين ويبذل الجهود الكبيرة في ترقيتها واعلائها والحكومتان الوطنية والمنتدبة تمدان اليها يد المساعدة ولا تضنان عليها بالوسائط المادية التي لا غنى عنها في تسيير الامور أيّاً كان نوعها .

ان الجامعة السورية مدينة برقيها وبلوغها هذا المقام الرفيع لعميدها الهمام

الذي ضحى ويضحي بمصالحه الخاصة في سبيل خدمتها فقد تمكن بحسن ادارته وهو الاداري الكبير ان يقتصد من موازنة الجامعة في السنوات القليلة التي مرت عليها مبلغاً كافياً من المال لانشاء بناء الجامعة الفخم وانه اليوم يضيف الى مآثره العديدة هذه المأثرة الجديدة بانشاء دار كتب للجامعة ووضع هذه النواة لبلادنا العزيزة ولسان حاله يقول لقد خدمت امتي بكل ما أُوتيت من مقدرة وانشأت لها اخيراً داراً للكتب جامعة فلتحرص امتي على هذه الغرسة ولتسقها بماء اعتنائها لانني راغب في ان تعود تلك النواة شجرة باسقة الاغصان

لسنا الآن في موقف إطراء ومدح لنصوغ عقود الثناء لمعالي عميد الجامعة وهو بغنى عنها لانه لا يعمل لكي يسبح الناس بحمده ولكن الحقيقة يجب ان تقال والاعمال المجيدة يجب ان تدوّن لتكون أُمثولة للخلف يقتدون بها وليعلموا في المستقبل بعد ان يطوي الموت من هم الآن ممتلئون حياة ونشاطاً أَن كان على رأس تلك المؤسسة العالية في تاريخ نشأَتها رجل به انتعشت ومنه استمدت نشاطها فقد رمم كل شيء فيها وكان عنها في الخارج المحامي البارع وفي الداخل المدير النشيط الذي يملي على مؤازريه اساتذة المعهدين امثولة الاقتداء به والنسج على منواله .

مرشد خاطر

خطاب الاستاذ سعيد بك الغزي

في حفلة توزيع الشهادات

سيداتي وسادتي الافاضل

دعاني الاستاذ الكبير عميد الجامعة السورية لالقاء كلمة في هـذه الحفلة الزاهرة باعتباري من اقدم خريجي معهد الحقوق احد فرعي الجامعـة السورية فامتثلت لارادته ولبيت بسرور عظيم دعوة هذه الجامعة التي كان لي الشرف بأن اكون من اقدم خريجي معهدها الحقوقي .

حقاً انها لحفلة زاهرة تسطع فيها انوار العلم والفضيلة تحت هذه السماء الغناء ، سماء الجامعة السورية المحبوبة حيث تجتمعون ايها السادة للاحتفال بتوزيع الشهادات على خريجي الجامعة السورية في هذا العام من معهدي الطب والحقوق .

فبتشريفكم يا سادتي تخدمون العلم الصحيح وتشجعون هؤلاء الشبان الافاضل عندما يقفون الساعة وقفة رهيبة يودعون فيها حياة الدراسة ليدخلوا حياة جديدة مملوءة بالمصاعب والاتعاب ألا وهي حياة العمل الحقيقي فقـد كانوا يدعون بالامس رجال المستقبل ولـكنهم يدعون من الآن فصاعداً رجال اليوم وخدمة الامة المخلصين لانهم سيكرسون اوقاتهم الثمينة لخدمتها خدمة صادقة . في هذه الساعة الجميلة لا بدّ لي من ان احيي هولاء الاخوة

الذين قضوا ايام شبابهم في مناهل العلم العذبة بين قاعات الدرس والمختبرات يتلقون في الاولى علماً صحيحاً ويشاهدون في الثانية اختبارات نافعة كانت مداراً لتثقيف عقولهم وتوسيع مداركهم وتنشيط عزائمهم ليظهروا مواهبهم الاصلية . تلك المواهب التي كانت ولم تزل فخر السوريين الذين برهنوا أينما حلوا انهم رجال عمل وذكاء وصدق عزيمة فكونوا ايها الاخوان عند حسن ظن الامة بكم وحققوا آمالها بصيرورتكم اعضاء عاملين في هذا المجتمع البشري وبرهنوا للملا انكم دعائم قوية في بنيان هذا الوطن المقدس فاخدموه بعلومكم ومعارفكم واسعوا الى نشر العلم بين ابنائه الاعزاء وقدموا لأمتكم أجل خدمة يتطلبها الوطن والتاريخ ليسجل لكم في سطوره الخالدة ذكراً حسناً باحرف من نور كما سطر لمن سبقوكم في خدمة الوطن المقدس فاليكم ايها الشبان الافاضل الذين حملتم اجازة هي مدار لفخاركم وافتخار ابناء الوطن بكم ارفع التهاني راجياً ان تكرسوا حياتكم لخدمة امتكم ووطنكم عن طريق العلم والجد والعمل بالعقل والحكمة . انكم ولا شك ستجدون اخوانكم الذين سبقوكم في مضمار الحياة العملية بانتظاركم في هذه الساعة البهجة حيث يضمون الى صفوفهم نخبة صالحة لتكونوا واياهم يداً واحدة تعمل الخير للوطن المقدس .

فاذا ما كنت واحداً ممن كان لهم شرف السبق في الانضمام تحت لواء هذه الجامعة فلا ارى بداً من ان اعود بكم ايها السادة الى الماضي قليلاً لنبحث عن سير العلم العالي في هذه البلاد وعن العقبات الصعاب التي كان يلقاها طلابه في ماضي الازمان قبل تأسيس الجامعات في هذه البلاد السورية

ولنتخذ من الماضي مقياساً يبين لنا الفرق المحسوس الظاهر للعيان ولنتخذ ذلك وسيلة للاعتراف بفضل القائمين باعمال الجامعة السورية لقد كان اجدادنا فيما مضى محجة الكون في العلم والفلسفة والفضيلة والقضاء والتشريع وكانت بلاد العرب سورية والعراق ومصر والاندلس محجة الطلاب من ابناء الغرب والشرق يؤمونها لارتياد مناهل العلم العذبة تحت سمائها الصافية الأديم. لقد سجل التاريخ لأجدادنا العظماء فخراً لا تمحوه الايام اولئك الرجال الذين سنوا الشرائع والانظمة ووضعوا المؤلفات القيمة في جميع العلوم فاقتبس الغرب من علومهم ومؤلفاتهم وتعاليمهم التي كانوا يلقونها في معاهدهم العلمية العالية جميع ما يسمونه اليوم حضارة غربية. فالطب والحقوق والفلسفة وعلوم الاجتماع كلها وليدة افكار علماء العرب نقلها الغربيون لبلادهم واسندوها لانفسهم ونحن الآن عن ذلك غافلون. ولكن الخلف لم يسر على خطة السلف بل انصرفوا عن العلم الى غيره حتى تقلص ظل العلماء العاملين وقل عدد المشتغلين المجدين المجتهدين وتضاءلت انوار العلم حتى كادت تنطفىء

وما زال الحال يسير من سيء الى اسوأ حتى اصبحت البلاد وليس فيها من العلماء الا النذر اليسير وصار المتطفلون على العلم يحملون اسمه وهم ابعد الناس عن فهم حقيقته وادراك معناه

وهكذا اندرست المعاهد العلمية والمدارس الكثيرة وصار ابناؤنا في حاجة الى ارتياد العلم في بلاد أخرى وصرنا في أواخر عهد الحكومة العثمانية الى حالة من العلم يقطر لها قلب المخلصين دماً.

وكان حظ القضاء من هذا الانحطاط اسوأ من حظ المعاهد العلمية فقد

تراجع الى الوراء وسدّ باب التفكير والاستنباط وحل الجمود في القضاء محل الجد والاجتهاد وضعفت فكرة التشريع التي أحياها اسلافنا من علماء الشريعة الاعلام وصار القضاء في ايدي رجال تدرجوا الى رئاساته ووضع بينهم وبين باب الاجتهاد سدٌّ منيع حال دون نفوذ انوار الفضيلة التي اوجدها اسلافنا الى عقول القضاة فقام الغرب يسعى الى نشر تعاليمه التي اقتبسها من قضائنا الشرعي زاعماً انها من بنات افكار مؤلفيه وعلمائه الباحثين واصبح قضاتنا في معزل عن نظريات العلم الحديثة التي كانت تسير سيراً سريعاً مطرداً نحو الرقي والنجاح . فبينما كان العلم يسير سيره الحثيث على سنن النشوء والارتقاء كنا واقفين وقفة جامدة حتى اصبحنا في المؤخرة بعد ان كان اسلافنا في المقدمة .

اما المحاماة فكانت اسوأ الصناعات حظاً فبينما كان المحامي في الغرب محلًا لحرمة طبقات الشعب بأجمعها وتقديرهم كان اسم المحاماة في هذه البلاد مقروناً بصفات لو ألصقت اليوم بالمحاماة لما احترفها واحد منا .

اما الواسطة الوحيدة للتخلص من هذه الحال فهي انشا الجامعات ونشر التعليم العالي والسير على سنن النشوء والارتقاء والاكثار من طبقات الشبان المتعلمين علماً حقيقياً ولكن هذا الامر كان صعب المنال جداً . لان الحكومة العثمانية قد اهملت امر التعليم العالي وجعلت جامعتها في مدينة الاستانة فكان من المتعذر جداً على ابناء الامة العربية الا القليل منهم ارتياد هذه المعاهد لما في ذلك من نفقات باهظة واسفار شاسعة واضطرار الى تلقي العلم بلغة غير لغة الآباء والاجداد وقلما تيسر ذلك لابناء سورية العزيزة ولكن

هذه الحال المؤلمة قد أثرت في نفوس المفكرين من رجال العرب المخلصين فقاموا يطالبون الدولة العثمانية مطالبة شديدة وبذلوا الجهود في سبيل نشر التعليم في بلادنا العربية وجعل العلم العالي يدرس فيها بلغة ابنائها فلم يفلحوا في اول الامر . ولكنهم نشطوا للعمل وعقدوا مؤتمراً عاماً في باريس لمعالجة هذه الحالة فأوجست الحكومة العثمانية خيفة وبعثت الى المؤتمرين بوفد من رجالها يسعى الى التفاهم معهم. وعلى الأثر اذاعت الحكومة العثمانية بلاغاً جاء في جملة مواده ان تكون اللغة العربية لغة التدريس في المدارس الابتدائية الثانوية ولغة المرافعات في المحاكم النظامية والشرعية في البلاد العربية وان تعنى الحكومة بانشاء مدارس عالية للطب والحقوق في البلاد العربية . وفي سنة ١٩١٢ انشىء معهد الحقوق في بيروت ومثله في بغداد فضم معهد بيروت عدداً كبيراً من خريجي المدارس الاعدادية والتجهيزية ولحق بهم قسم كبير من طلاب معهد الحقوق في الاستانة وكانت دروس المجلة واصول الفقه واحكام الاوقاف وغيرها من العلوم الفقهية تلقى فيه باللغة العربية مما سهل لطلابه فهم احكام الشريعة المعمول بها في البلاد .

لقد اصاب المعهد منذ نشأته قسطاً وافراً من النجاح لانه كان محط آمال ابناء الامة العربية باجمعها وموضع اهتمام الدولة العثمانية الى ان صار معهدنا الحقوقي يضاهي معهد الاستانة وغيره من المعاهد الحقوقية وتخرج منه عدد غير قليل من الشبان الناهضين كانوا مثالاً للقاضي النزيه والعالم الحقوقي القدير والمحامي النشيط الشريف وهم موضع حرمة الناس حتى الآن ولقد ثابر المعهد على إلقاء الدروس حتى نهاية الحرب العامة الا ان القسم

الاعظم من طلابه لم يتمكنوا من المواظبة بسبب اضطرارهم الى الخدمة في الجندية . وبعد ان وضعت الحرب اوزارها قام في دمشق طلاب هذا المعهد وعلى رأسهم الاستاذ الكبير المرحوم الشيخ سعيد افندي مراد وطالبوا الحكومة السورية بفتح ابواب هذا المعهد ثانية فلبت رغبتهم وأمرت بفتح معهد الحقوق في ايلول سنة ١٩١٩ فانضم اليه طلاب يربو عددهم على الاربعين وقد نظمت برامج التعليم وفقاً لمثيلاتها في البلاد الراقية وأضيفت اليه دروس الفقه الاسلامي والعلوم الحقوقية الحديثة وفي ١٥ حزيران سنة ١٩٢٣ أُلحق معهد الحقوق بالجامعة السورية وهو تاريخ انشاء هذه الجامعة الكريمة وما زال حتى الآن معهدا الطب والحقوق يؤلفان ركني الجامعة السورية التي هي مدار فخر السوريين اجمع

لقد بذل عميد الجامعة الكريم ورؤساء معهد الحقوق واساتذته المحترمون جهوداً عظيمة في سبيل معهد الحقوق وساروا به سيراً مطرداً في اصلاح البرامج والانظمة وادخال التعديل فيها واضافة دروس من شأنها ان تجعل الطالب فيه واقفاً على العلوم الحقوقية في الغرب ونظرياتها الحديثة مما يسجل لهم بالشكر والفخر .

لقد انجب هذا المعهد الحقوقي في خلال هذه السنوات القليلة عدداً من الطلاب كانوا مفخرة للامة بما بذلوه من جهود في سبيل خدمتها ونصرة الحق والعلم الصحيح فكان منهم القاضي العادل والمحامي البارع والاداري المحنك حتى اصبح في البلاد عدداً كافياً من خيرة ابناء الامة فيهم الجدارة والكفاءة لتولي المناصب القضائية والادارية والتشريعية والقيام بمهنة المحاماة

الحرة بكل جدارة ونشاط مع حفظ آداب المهنة وشرفها فسدوا الفراغ العظيم الذي كنا نشعر به قبلا لانهم يحملون علماً صحيحاً وفكرة حقوقية ناضجة واخلاقاً طيبة .

فانظروا ايها السادة الى الفرق بين الماضي والحاضر وفكروا في الصعوبات التي كان يعانيها طلاب العلوم العالية في الماضي والسهولة التي يجدونها في الحاضر واحكموا اذاً بما هنالك من فرق شاسع في السهولة والتنظيم وقدروا معي الجهود المبذولة في هذا السبيل فلا يسعنا في هذا الباب الا ان نذكر مع الشكر والفخر المساعي الطيبة والجهود العظيمة التي بذلها عميد الجامعة السورية ورئيس معهد الحقوق واساتذة المعهد من السعي في سبيل نجاح هذا المعهد لاصلاح برامج التعليم وادخال التطورات العلمية الحديثة عليها وبما نشروه من المؤلفات القيمة في العلوم الحقوقية حتى اصبح المعهد الحقوقي والجامعة السورية يضاهيان اعظم الجامعات والمعاهد الحقوقية في العالم رقياً وتعليماً

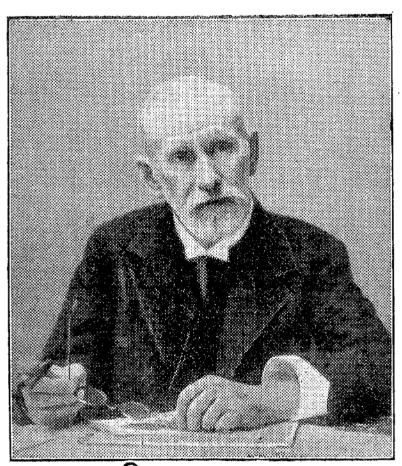
فالى عميد الجامعة الكريم والى رئيس المعهد الحقوقي واساتذته الكرام نقدم الشكر ونرجو لهذه الجامعة السورية بمعهديها الطبي والحقوقي متابعة الرقي والنجاح .

ولنهتف قائلين لتحيَ الجامعة السورية ليحيَ معهد الحقوق ليحي معهد الطب



بول ارليخ واميل فون بهرينغ

١٨٥٤—١٩١٥ ١٨٥٤ — ١٩١٨



P. Ehrlich

احتفل العالم الطبي في هـذا العام بمرور عشرين سنة على كشف السلفرسان هذا العلاج العجيب الذي لم تقتصر فائدته على داء الافرنج فحسب بل كانت منه المنافع الجليلة في امراض اخرى عديدة لا نرى حاجة الى تعدادها واستطبابات السلفرسان في يومنا الحاضر اشهر من ان تعلن

ويقضي علينا الواجب الطبي في مثل هذه المناسبة ان نقول كلمة عن مكتشف هذا العلاج كيف لا وهو العالم ارليخ الذي طبقت شهرته الخافقين وعن زميله بهرينغ الذي هو ندٌّ له في العلم والشهرة والولادة

يظهر ان الطبيعة شاءَت ان تنفح العالم في يومين متتابعين ١٤ و١٥ اذار من سنة ١٨٥٤ بهذين الرجلين الكبيرين اللذين كانا منارتين نستضيء بنورهما الثاقب ومن اكبر المحسنين الى هذه البشرية المتألمة . لان ارليخ وبهرينغ لم يشتهر اسماهما في العالم الطبي بما انتجه عقلاهما النيران في مكافحة الامراض السارية بل تعداه الى طبقة الشعب ايضاً . وقد كانت الوسائط متوفرة لهما لتحقيق ما كان يجول في خاطرهما من الافكار التي انقلبت حقائق بعد ان اثبتها الاختبار .

وكأَن الخالق عزَّ وجل الذي وهب الحياة لهذين النابغتين في زمن واحد قد شاء ان يكون تجانس ايضاً في اعمالهما وعقليهما . فان كليهما قد وجها بحثهما الى طريقة جديدة في معالجة الامراض اعني بها معالجة السبب وهي ولا شك الطريقة الفضلى لان مكافحة الاعراض وحدها لا تفيد اقل فائدة اذا لم توجه المعالجة الى السبب المحدث للمرض . ومتى عرفنا ان بهرينغ هو مؤسس الاستمصال (sérothérapie) وان ارليخ هو مكتشف السلفرسان حق لنا ان نعلم المنزلة الرفيعة التي يستحقها هذان العالمان في عالم الطب .

والاستمصال هو الطريقة التي ندخل بها لجسد الانسان مواد مستمدة من احد الحيوانات لنقيه وطأَة مرض يتهدده او لنشفيه من مرض أَلمَّ به وهو صفحة جديدة في الطب نحن مدينون بها لبهرينغ فهو قد ادخل المصل

المضاد للدفتيريا في الممارسة الطبية ونجا الملايين من البشر من وطأة هذا الداء القتال وهو الذي اشار باستعمال المصل المضاد للكزاز في الوقاية من هذا الداء الفتاك وقد جرى العالم الطبي على خطته واصبح استعمال هذا المصل في ايامنا عاماً وما من يجهل النتائج الباهرة التي جنيت منه في الحرب الكبرى المنصرمة .

وقد كانت لأرليخ ايضاً جولة كبيرة في مضمار الاستمصال لانه بفضل ابحاثه قد عرفنا ان قوة المصل تابعة لما يحتويه من الاجسام المنعة ولا تذكر هذه الطريقة في المعالجة الاّ واسم ارليخ معها .

وبعد ان كشف بهرينغ الاستمصال وادخله في الممارسة الطبية وجه افكاره الى حلّ مسألة من اصعب المسائل اعني بها السل فاستنبط طريقة جديدة لتلقيح الثيران الواقي وقد جرى في خطته على ما رسمه ادوارد جنّر مؤسس التلقيح فكما ان جنّر استعمل جدري البقر لوقاية الانسان من جدريه استعمل بهرينغ عصيات السل الحية في الانسان لوقاية الثيران من هذه الآفة الراعبة . لسنا ننكر اننا لا نستطيع ابداء حكم جازم عما سيكون من هذه الطريقة لانها لا تزال قيد البحث غير اننا نستطيع القول انها قد لفتت انظار الباحثين الى تتبعات جديدة .

وقد كرّس بهرينغ الزمن الاخير من حياته بمكافحة الدفتيريا بعد ان رأى ان مدة الوقاية التي يهبها المصل قصيرة جداً فجرب ان يشرك المصل الواقي مع الذيفان (toxine) واستحضر مزيجاً من ذيفان الدفتيريا وترياقه (antitoxine) أملاً باحداث مناعة طويلة شبيهة بالمناعة المكتسبة بالتلقيح

المضاد للجدري . وقد افادت هذه الطريقة وهي تنتشر يوماً عن يوم .

وبعد ان رأى ارليخ ان المصول لا يستطاع استعمالها في جميع الامراض وجه انظاره الى قتل العوامل المرضية في البنية المريضة بالمواد الكيماويـة . وهذه المسألة عويصة لان هذه المطهرات بقتلها للجراثيم تؤذي ايضاً العناصر الحية في البنية فهي اذن سيف ذو حدين .

حتى ان بهرينغ نفسه بعد ان سار في هذا الطريق الوعر اضطر الى تركه لما فيه من الاخطار اما ارليخ فلم تصده العقبات التي قامت في وجهه بل تابع تتبعاته واختباراته حتى توصل اخيراً الى كشف السلفرسان فاغنى باكتشافه هذا فن المداواة بفئة كبيرة من المستحضرات ما كنا لنراها لولا اكتشاف ارليخ الباهر .

وهكذا كانت حياة هذين العالمين الالمانيين حياة عمل وجهاد ونفع للبشرية وقد اغلقت عينا ارليخ عن هذا العالم الذي مثل فيه دوراً من اكبر الادوار العلمية في ٢٠ آب سنة ١٩١٥ ولفظ بهرينغ نفسه الاخير في ٣١ اذار سنة ١٩١٧ ولا يزال اسماهما خالدين في صفحة التاريخ الطبي .

م . خ .



تقدمة المؤلفات المطبوعة

للاستاذ اميل سرجن

مترجمة عن مجلة المحفى الطبي الفرنسي

اتشرف بان أقدم للمحفى (académie) الطبي المجلد الثاني من كتاب السريريات والمداواة الطبية الذي وضعه الاساتذة الاطباء ترابو ومرشد خاطر وشوكة الشطي وقد خصص القسم الاعظم منه بسريريات الجملة العصبية فكان برهاناً ساطعاً على جلد مؤلفيه في اتمام الخطة التي اخذوا على عاتقهم القيام بها وهي إلباس العلم الفرنسي ثوباً عربياً لا غبار عليه كما في عهد ابن سينا ولما كانت الاوضاع العلمية القديمة للامراض العصبية قاصرة عن تأدية ما جاء في هذا المؤلف من المباحث فقد اقتحم هؤلاء الاساتذة كل الصعاب وقاموا بنحت اوضاع عربية جديدة خاصة بهذا الجهاز ازدادت بها اللغة العربية ثروة على ثروة فلم يكن مؤلفهم مفيداً من الوجهة الطبية فحسب بل من الوجهة اللغوية ايضاً لما يشتمل عليه من المصطلحات التي كانت موضع اعجاب العالم الطبي في الاقطار العربية وداعياً الى تسجيل هذه المأثرة لهم

وصفوة القول ان هذه الفكرة التي اوجدها فرنسي كانت دعامة للغة العربية العلمية يشكر عليها جزيل الشكر .

الدكتور

عزة مريدن



تقويم البشير

عن سنة ١٩٣١

ما برح حضرة الاب العلامة لويس معلوف اليسوعي منذ بضع سنوات يهدي الينا تقويم جريدة البشير التي يتولى ادارتها في بيروت . وجرياً على عادته السابقة تفضل باهدائه الينا تقويم البشير عن العام الذي آذن فجره بالطلوع فحق له علينا شكر جديد نضيفه الى شكرنا القديم .

والتقويم الذي نقلبه الساعة بين يدينا غزير المادة كبير الفائدة شأن التقاويم التي سبقته في السنين الخالية . ظهر لأول مرة في سنة ١٨٧٨ وما فتئ منذ بدء صدوره الى الآن يسير الى الامام سيراً حثيثاً لا يقف امام من تعاقبوا على تأليفه من الاباء المحترمين حائل يثني من عزائمهم ويحول دون الاستمرار في تعميم فوائده وترقيتها الى ان تولى حضرة الاب الفاضل مدير جريدة البشير الحالي نشره فألبسه حلة زاهية جديدة تنم عما يتصف حضرة مؤلفه من الميل الى التجديد ونشر المفيد .

ويستطيع من شاء اقتناء التقويم المذكور ان يطلبه من حضرة مؤلفه مدير جريدة البشير في بيروت وثمن النسخة الواحدة منه في لبنان وسورية ١٥ غرشاً سورياً وفي الخارج شلين واحد خالص اجرة البريد .

✿ ✿ ✿

الجزء ٢ المجلد ٨

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في شباط سنة ١٩٣١ م الموافق لرمضان المبارك سنة ١٣٤٩ هـ

فورونوف والمجتمع البشري

القى هذه المحاضرة في ردهة المجمع العلمي العربي بدمشق يوم الجمعة الواقع في ٧ تشرين الثاني من السنة ١٩٣٠ المنصرمة رئيس انشاء هذه المجلة الدكتور مرشد خاطر ولما كان موضوعها مفيداً للقراء رغبنا في ان يقرأها على صفحات مجلتنا من لم يتسنَّ لهم سماعها «المجلة»

الموضوعات التي ينتقيها الخطباء اشبه شيء بالازهار فاذا ما دخل المتنزهون حديقة جمعت من الازاهر أجملها وأشذاها ووقع نظرهم عليها اختار كل واحد منها ما يناسب ذوقه وتميل اليه نفسه .

فنهم من ينظر في الزهرة الى تناسقها وجمال ألوانها وهولاء هم الشعراء والادباء الذين يبتسمون للطبيعة وتبتسم لهم فيرون جميع ما فيها ورداً ويتنقلون على اغصان شجرة الحياة تنقل الهزار ملبسين عواطف القلب ثوباً قشيباً من نثرهم السيال وناظمين شواعر النفس شعراً يأخذ بمجامع القلوب .

ومنهم من ينظر في الزهرة الى طرز نموها وكيفة استنباتها والاقاليم التي تلائم حياتها وهولاء هم العلماء والنباتيون والمؤرخون الذين يدرسون في زهرة الحياة الاجتماعية طرق نمائها وكيفيةازدهارها والادوار التي مرت بها ويستنتجون منها النتائج المفضية الى رقيها المستمر .

ومنهم من ينظر في الزهرة الى فائدتها وخواصها وهولاء هم الاطباء الذين يغضون الطرف عن جمال زهرة الحياة ولا يرمقون متى أجالوا بصرهم في حديقة هذا العالم الا الفائدة التي يستطاع استخراجها من تلك الزهرات فربَّ زهرةٍ سمجة المنظر كريهة الرائحة خشنة الملمس تستهوي عقولهم متى استشموا فيهاجوهراً أفعالاً وخاصة نافعة.ولهذا نراهم يطرقون الموضوعات التي اذا سمجت مظاهرها وثقُل سماعها على المستمعين كانت لهم منها الفائدة الكبيرة

وقد كنت ارغب ايها السادة في ان اجمع بين اللذة والفائدة وان امثل موضوعي بمظهر يجذب القلوب بجماله والعقول بفائدته غير ان خشونة الموضوعات العلمية تبدو خلال التراكيب التي اصوغها واشواكها الحادة تبرز بين المعاني التي اسبكها حتى انه ليستحيل علي إخفاؤها . وليس علي بعد ان انتقيت موضوعاً من هذا النوع سوى ان استميحكم عذراً عن الطريق الوعر الذي قد نضطر الى سلوكه معاً وعن المصطلحات العلمية والطبية التي قد تشوك آذانكم وتثقل على مسامعكم وقد انقصتها جهد المستطاع ولم أبقِ منها الاّ ما اضطرتني الحاجة اليه

اماَّ الموضوع الذي اخترته فهو علمي اجتماعي لانه يرتكز على قاعدة علمية لا بدَّ من الوقوف عليها ويرمي الى غاية اجتماعية جليلة الفائدة لا بدَّ

من ادراكها.

وهذا الموضوع مترامي الاطراف يستطيع الباحث فيه ان يضع مؤلفاً ضخماً عنه دون ان يفيه حقه غير ان الفروع العديدة التي تتفرع منه يستطاع حصرها وتسديدها الى الوجهة التي يختارها المتكلم .

فلو وقفت في جمعية طبية لكنت اسهبت في طريقة فورونوف الجراحية وطرز اجرائها والشروط التي يجب توفرها في المطعَّم والمستلّ الطعمُ منه اي في الانسان والقرد لان في هذا ما يفيد الزملاء الاطباء

ولو وقفت في جمعية البيطرة لكنت تكلمت عن تطبيق هذه الطريقة في عالم الحيوان ولكنت بينت انواع الحيوانات التي يستطاع تطعيمها والطريقة العملية في ذلك .

ولو دعيت الى الكلام في موضوع اقتصادي لكنت بينت الفوائد الاقتصادية التي تنتظر من نشر هذه الطريقة واهتمام الحكومات الراقية بها والخيرات التي تدرها على البلاد التي تعنى بها وسوى ذلك من الامور التي تفرح علماء الاقتصاد .

غير اني دعيت الى الكلام في مجمع علمي وامام نخبة من سكان هذه المدينة الزاهرة لا تنتمي الى مسلك واحد من مسالك هذه الحياة العديدة فكان عليّ ان أراعي موقفي ومستمعي وان اسلك في موضوعي طريقاً يتمكن كل منكم ايها السادة اياً كان الفرع الذي ينتمي اليه ان يستخلص منه بعض الفائدة. فليس الموضوع طبياً بحتاً ولا علمياً خالصاً ولا اجتماعياً صرفاً بل هو مزيج من هذا وذاك وعنوان موضوعي « فورونوف والمجتمع البشري »

فورونوف ايها السادة هو احد الاطباء الذي طبقت شهرته الخافقين . هو احد النوابغ الذي بعد ان فكّر في قضية سبقه اليها بعض من تقدمه من العلماء قام بابرازها الى حيز العمل فخلد له بها اسماً سيبقى منقوشاً في تاريخ الطب والاقتصاد والاجتماع ما كرّ الجديدان فليس هو بالطبيب فقط الذي تنحصر شهرته في دائرة الطب الضيقة اذا قيست بدوائر الحياة العديدة ولا هو بالاقتصادي فقط الذي يقف صيته حيث تنتهي حدود هذا العلم ولا هو بالاجتماعي فحسب الذي وان اتسعت دائرة عمله لاتساع دائرة هذا العلم وإحاطتها بدوائر الحياة الاخرى ، يبقى في عزلة عن الكثيرين بل هو ذلك الرجل الذي عرف ان يضع نفسه في كل دائرة من هذه الدوائر بل ان يكون المحور الذي تدور عليه كلٌّ منها فكان له ذلك الصيت الطائر العاطر الذي لم يبلغه سواه .

فورونوف اسم يردده الشيخ الذي يرى في الشيخوخة عبئاً ثقيلًا فيعقد بنودَ الامل عليه مؤملًا ان يلاقي فيه ما يخفف عنه وِقرَ الشيخوخة

فورونوف اسم يردده المنهَك الذي وهنت قواه العقلية واستولى على عقله الخمول مرجياً ان يلاقي فيه منبهاً لعقله ومبدداً لخموله .

فورونوف اسم يعرفه الصغير والكبير في قارات العالم جميعها وقلما نجد رجلًا نال هذه الشهرة الشعبية التي نالها هذا الطبيب .

عرفت دمشق فورونوف وعرفه بعضكم لانه زار مدينتنا في اذار من سنة ١٩٢٨ وأجرى في معهدنا الطبي العربي عمليته الشهيرة على الخرفان امام عدد من الاطباء .

وليست غايتي ان ابحث في طريقته العملية وطريقته جراحية تفيد الجراحين فقط بل مرادي ان أُبيّن لكم الأسس التي بنى فورونوف طريقته عليها ثم انتقل في الشق الثاني من خطابي الى اظهار نتائجها في قوى الجسد وقوى العقل وإطالة الحياة واستنتج اخيراً تأثيرها في المجتمع الانساني متى عمّ استعمالها فما هي تلك الاسس التي بنى عليها فورونوف طريقته ؟ ان هـذه الاسس علمية بل هي فلسفة حياة الخلايا التي لا يدركها الاّ من تعمق في درس اسرار الحياة وجدّ في كشف غموضها .

هـذه الاسس هي تلك النواميس التي تتبعها كل خليـة من الخلايا التي يتألف منها جسدنا الحي ولا تحيد عنها لانها متى جنحت عنهـا تلاشت وادركها الموت .

هـذه الاسس هي ذلك الائتلاف الذي يربط كل ذرة من ذرات جسدنا بعضها بالآخر فيؤلف منها مجموعاً تتم فيه من المعجزات ما لم يتوصل الانسان حتى الآن الى فهم دقائقه وكشف غوامضه. وما طريقة فورونوف الا سرٌّ من اسرار جسدنا الكثيرة كشفه هذا النابغة بعد ان عجزت القرون الاخرى عن جلائه فكان منه نور لامع أضاء به الطريق الذي سلكه فأوصله الى الطريقة العملية بعد ان كان كشفه علمياً بحتاً

وهذه الاسس سأبنيها لكم ايها السادة مبتعداً عن التعقيد ما امكن وجاعلاً اياها في قالب يسهل فهمه ويزيل عنه المنظر العلمي الخشن الشائك .

في جسد الانسان نوعان من الخلايا :الخلايا الشريفة او الاساسية التي تتنوع وظائفها بتنوع العضو الذي تنتمي اليه والخلايا الضامة التي تقوم بوظيفة

تأليف تلك الخلايا وضمها كما يتبين من اسمها . فلو اخذنا دماغ الانسان وهو اشرف عضو فيه لالفيناه مركباً من هذين النوعين : من الخلايا العصبية او الدماغية وهي التي تقوم بوظائف الدماغ جميعها من حس وحركة وقوى عاقلة والخلايا الضامة التي تؤلف تلك الخلايا العصبية وتدعمها وما يقال في الدماغ يقال في اي عضو كان من اعضاء الجسد الاخرى .

وما سبب الموت اذا استثنينا الامراض والطوارىء التي تطرأ على البنية فتميتها موتاً سريعاً الا ناشئاً من اختلال التوازن بين الخلايا الضامة والخلايا الاساسية فمتى اشتعلت هذه الفوضى في الجسد سار الانسان الى الموت لان الخلايا الضامة التي تلعب دوراً مهماً في بناء جسدنا بضمها الخلايا وإعدادها لها وسادة تضطجع عليها تطمو على الخلايا الجوهرية وتحل محلها . فهي لا ضرر منها البتة ما زالت لا تتجاوز الحد الذي وضعته لها الطبيعة لان وظيفتها الجمع والتأليف ليس غير وهي شديدة الضرر متى تجاوزت حدها وخنقت الخلايا الاساسية لانها لا تستطيع القيام بما تقوم به تلك . مثال ذلك : لو حلت الخلايا الضامة مكان خلية الكلية الجوهرية لما تمكنت من القيام بوظيفة الكلية وهي افراز البول وتصفية الدم وتنقيته من السموم ولحدث تصلب الكلية المفضي الى الموت .

ولو حلت مكان خلية الكبد لما استطاعت القيام بوظائفها العديدة من افراز الصفراء وتعديل السموم وخزن السكر وسوى ذلك ولأدى الامر الى قصور الكبد والموت ايضاً

ولو حلت مكان خلايا الدماغ لما تمكنت من إيفاء وظيفة الدماغ من حس

وحركة وقوى عاقلة ولأصيب الدماغ بالتصاب فاختلت وظيفته وكانت الامراض العديدة من شلل واضطرابات حس وامراض عقلية .

وما يقال في الكلية والكبد والدماغ يقال في كل عضوٍ من اعضاء الجسد في الشرايين والقلب وسواهما .

فسبب الموت اذن هو هذه الفوضى الطارئة على خلايا الجسد وحلول الخلايا الضامة مكان الخلايا الجوهرية الشريفة. وقلما تشتعل نار هذه الفوضى في الحداثة لانها مظهر من مظاهر الشيخوخة لا بل هي الشيخوخة نفسها فاذا كان الامر كذلك فهل نحن نقوى على قمع هذه الفوضى ؟ ام هل نستطيع ان نؤخر حدوثها اذا كنا عاجزين عن دفعها لكي نطيل زمن شبابنا ونوسع عهد نشاطنا ؟

هذا ما فكر فيه فورونوف وسعى الى تحقيقه . جواباً اقول يخيل الينا بادىء ذي بدء ان الامر ممكن لاننا كثيراً ما نخرج ظافرين من عراك حامي الوطيس مع مرض حاد يهاجم جسدنا مثال ذلك لو اصبنا بذات الرئة فاتت المكورات الرئوية (او العامل المرضي المحدث لذات الرئة) واحتلت رئتنا وأحالتها نسيجاً شبيهاً بنسيج الكبد وبعثت بمفرزاتها السامة في دمنا تسممه وكادت تقضي علينا لانتصرنا على هذا المرض الشديد الوطأة بعد ان تنقضي مدته ولأحرزنا النصر عليه في اليوم التاسع هازئين بذلك العدو المهاجم

ولكن ليس الامر كذلك مع الخلايا الضامة لان هذه الخلايا يسهل التغلب عليها لو كانت عدواً خارجياً غير انها عدو داخلي وصديق في آنٍ واحد فهي اخلص صديق ما زالت محافظة على مركزها واشدّ عدو متى

تجاوزت حدها وحلت مكان سواها .

فما نقوم به ازاء طفيلي البرداء (اي الملاريا) متى دخل دمنا واحدث فينا نوبته الحادة باخذنا الكينين لا نقوى على القيام به ازاء الخلية الضامة لانها ضرورية لربط الخلايا الاخرى فوظيفتنا اذن لا تقوم بقتل الخلايا الضامة بل بتقوية الخلايا الشريفة وتنشيط حياتها وتزييد متانتها منعاً لضمورها وحلول الخلايا الضامة محلها . فهل لنا ذلك ؟

سؤال غامض تصعب الاجابة عنه لان الانسان عمل على اطالة الحياة منذ أبصر النور ورأى الموت امامه يفغر فاه في كل يوم فيبتلع العدد العديد من ابناء هذه البشرية فكان يعمد الى أمور شتى لا يلبث المستقبل ان يبين فسادها . واذا تصفحنا تاريخ هذه القضية التي نحن بصددها واعني بها محاربة الشيخوخة رأينا عدداً من النوابغ قد استلوا سيف الجهاد وتركوا في هذا المضمار أثراً لم تلبث ريح التحقيق ان عصفت عليه فعفته منهم برون سكوار وستايناش وليكتنستارن وماريتسكو ودرتيغ ودوبلر وكوشر وجافورسكي . غير ان الاثر الذي تركه فورونوف هو الاثر الذي يرجى له البقاء طويلاً . والعلم الحاضر يجدُّ في كشف هذا السر الذي يكتنف الغموض جميع اطرافه وهو عمل لم يبدأ الا منذ زهاء ثلاثين سنة يقوم بتفهم جسدنا وعلاقة كل من اعضائه بالاقسام الاخرى . فقد كنا نعلم فيما مضى ان الدماغ يرئس الحركة والحس ويقوم بوظائف النفس وان القلب يحرك الدم وان الكلية تصفيه من السموم وهذا جلُّ ما كنا نعرفه عن هذه الاعضا ولكننا لم نكن نعلم الدافع الذي كان يدفع كلاً من هذه الاعضاء الى القيام بعمله بلا انقطاع منذ

نشأته حتى موته الى ان جاء كلود برنار الشهير فالقى نوراً على هـذا الامر الغامض فقد لاحظ هذا العلامة ان الشخص الذي تستأصل غدته الدرقية يخمد دماغه ويفقد ملكاته العقلية وان الشخص الذي تضخم فيه هذه الغدة يتنبه دماغه وجهازه العصبي تنبهاً شديداً ويصاب بالرعشة وجحوظ العين وغيرهما من العوارض وان استئصال الغدة الملحقة بالدرق يسبب التكزز (tétanie) ويميت بعد بضعة ايام وان استئصال الكظر (او غدة ما فوق الكلية) يسبب وهناً عضلياً شديداً يعقبه الموت وان استئصال الغدة النخامية (وهي غدة في الدماغ) يميت بعد يومين او ثلاثة ايام وان لهذه الغدة فصين فصاً امامياً ينمي العظام إنماء شديداً . فيعود الشخص من العمالقة متى ضخم وتقصر العظام متى ضمر فيبقى الشخص قزماً وفصاً خلفياً ينبه مفرزة اللبن والبول وتقلص عضلات الاحشاء وان الغدة الصنوبرية تؤثر في اعضاء التناسل غير ان العلم لم يكمل بحثه فيها .

كل هذه الاسرار لم تكن معلومة في الماضي وقد عرفها العلم الحاضر اذن ليست اعضاؤنا الرئيسة مستقلة في عملها بل تستمد نشاطاً وقوة من غدد صغيرة مرت الوف السنوات على الانسان وهو يجهل أمرها .

فاذا اختلت هذه الغدد اختلت الاعضاء الرئيسة نفسها وكان الموت . ومايقال في الانسان عن هذه الغدد يقال ايضاً في الحيوان لان غدده مماثلة بمفرزاتها وتأثيرها لغدد الانسان نفسه ولهذا تستخدم غدد الحيوانات في تطعيم الانسان فلو طعم الانسان بغدد بعض الحيوانات اثر مفرز هذا الطعم الداخلي باعضائه كما لو كان الطعم بشرياً والعكس صحيح ايضاً واعني بذلك انه اذا طعم

الحيوان بغدة مأخوذة من الانسان كان فعلها فيه شبيهاً بفعلها في الانسان وما ذلك الا لان الغدة تفعل بمفرزها الكيماوي الذي تفرزه وهو واحد في الانسان والحيوانات .

غير ان ما يختلف هو جوهر النسج التي تقتبل هذا المؤثر ودرجتها في الكمال وارتقاؤها في سلم النشوء فلو طعم الكلب بغدة الانسان الدرقية نبهت هذه الغدة فيه وظيفة دماغه المناسبة لطبيعته اي عاطفة الامانة وعلى العكس اذا طعم الانسان بغدة الكلب الدرقية تنبهت في دماغه الوظائف السامية التي يقوم بها دماغ الانسان الفكر والذكاء والذاكرة وغير ذلك .

وفي كلامي هذا جواب على نقد وجهه احد الزملاء على صفحات احدى المجلات الطبية الى طريقة فورونوف فقد ظن ذلك الزميل ان تطعيم الانسان شبيه بتطعيم النبات وان الطعم الذي ينمو في الانسان يكسبه خواص الحيوان المستل الطعم منه مع ان الامر مختلف كل الاختلاف حسبما ذكرت لان وظيفة هذا الطعم افراز مفرز منبه للخلايا الشريفة التي شاخت ولان هذه الخلايا بعد تنبهها تعود اليها خواصها التي كانت قد فقدتها غير مكتسبة خواص الحيوان الذي اخذ الطعم منه

وهذه الغدد نفسها تضمر متى قدم العهد عليها فتعيض عن خلاياها الشريفة خلايا ضامة كما هو الامر في سائر الاعضاء فتتليف وتصلب وتشيخ ويتجه جسدنا الى الموت المحتم وكلما كانت الخلايا مرتقية في سلم الكمال وكانت معدة للقيام بعمل خاص بها اسرعت بالضعف والضمور واعاضت عنها خلايا ضامة فما عساها ان تكون اذن خلايا هذه الغدد النشيطة التي لا يتجاوز

بعضها حجم اللوزة وليس فيها من الخلايا الشريفة غير القليل مع ان العمل الذي تقوم به عمل كبير جداً. فحياتنا وسعادتنا في هذه الدنيا تقومان اذن بمساعدتنا لهذه الخلايا الشريفة في اعضائنا وموتنا الذي لا مناص منه يقوم بشيخوختها فهل هذه المساعدة متيسرة لنا ؟

ان الخالق الذي اوجدنا لنحيا وضع فينا غدة تقوم بهذا العمل الكبير لان مفرزها يؤثر في معظم اعضائنا او بالاحرى في البنية جميعها وما هذه الغدة غير الغدة التناسلية او الخصية .

هذه هي الغدة التي توزع القوة وتنشط جميع اعضاء جسدنا الذي تعمل فيه الوف الملايين من الخلايا بلا انقطاع ولكل منها عملها الخاص .

هذه هي الغدة التي تفرز الحيوينات المنوية لالقاح البييضات والتناسل غير انها في الوقت نفسه تفرز مفرزاً متى سار في الدم حمل الى جميع النسج القوة والنشاط والشباب فقد وضعت الطبيعة في هذه الغدة وحدها ينبوع الحياة وينبوع تجدد النسل .

الى هذه الاسس ايها السادة تستند طريقة فورونوف واذا اختصرنا قلنا ان في الجسد خلايا شريفة وخلايا ضامة وان الشيخوخة هي تلاشي الخلايا التي تتألف منها جميع اعضائنا وتؤثر فيها مفرزات غدد تسمى الغدد ذات الافراغ الداخلي وان مفرز الخصية اشدها تأثيراً فشيخوخة الانسان هي شيخوخة خصيته وفتوته هي خصب خصيته او تطعيمه بخصية جديدة تفرز مفرزاً جديداً تقوى به الاعضاء السائرة في الجسد .

هذا ما يقوله فورونوف وما يثبته العلم وقد اورد فورونوف لاثبات

قضيته كثيراً من الشواهد التي لا تقبل الرد .

فقد درس الامر اولاً في الحيوان ثم عاد الى درسه في الانسان .

فاذا خصي الديك ذبل عرفه وامتنع عن الصياح وفقد نشاطه وحماسه وخمدت غريزة السيطرة فيه .

واذا خصي كلب الصيد خسر كثيراً من صفاته الحسنة الدالة على ذكائه وانحط عن الكلاب الاخرى

والامثلة كثيرة على ذلك يطول بنا عدّها

اما الانسان فلا تجيز القوانين خصيه لدرس العوارض والتبدلات التي تطرأ عليه بعد الخصي غير ان درس المخصيين في مصر والاستانة كان امثولة كافية لمعرفة هذا الامر وقداستفاد فورونوف اثناء اقامته في مصر من احتكاكه بهذه الفئة ودرس طباعها والتبدلات التي كانت تطرأ على اجسادها وعقولها بعد الخصي الفائدة الكبيرة . فاوحى اليه هذا التأمل طريقته وكشف له الطريق الذي سلكه فقد لاحظ ان المخصي اذا خصي بعد البلوغ يتناثر شعر وجهه ويترهل خداه ويشابه منظره منظر النساء المسنات ويسمن بدنه ويجسم ثدياه وتضعف عضلاته ويسترخي قوامها ويلطف صوته ويقل نشاطه ويشيخ باكراً ويتجعد جلده في الاربعين او الخمسين ويتوسف وتظهر على قرنيته دائرة الشيخوخة وقلما يطعن في السن ويفقر دمه وبكلمة واحدة تضعف قوى اعضائه الجسدية جميعها وتخمد ذاكرته وينقص ذكاؤه وتخشن عواطفه ويستولي عليه الخوف فيفقد الجرؤة ويضحي بشرفه لأقل امر .

ولنا امثلة أُخرى في الانسان يستطاع درسها اعني بها الاشخاص الذين

يفقدون خصاهم لطوارىء تطرأ عليهم او لأمراض تصيبهم فتستدعي استئصال غددهم فان هؤلاء تعتريهم التبدلات المذكورة آنفاً .

وكذلك القول في من يولدون وخصاهم ضامرة وفي الحياة عدد عديد من هؤلاء ألسنا نرى من آن لآخر رجالاً متأثين مرط الوجوه مجعدي الجلود لطفاء الاصوات تبدو عليهم الشيخوخة الباكرة فهؤلاء جميعهم قد ذبلت خصاهم ونضب افرازها الداخلي او قلّ

ويستطاع اثبات الامر بضده فمتى كانت الخصيان كبيرتين او احداهما جسيمة او متى ولد الولد بثلاث خصى كان منظره معاكساً للمشهد الاول والمجلات الطبية تورد لنا آونة بعد أخرى مشاهدات من هذا النوع فقد ذكر الاستاذ مارو (Marro) حادثة ولد في التاسعة من عمره نبتت لحيته وذر شارباه وكان منظره منظر شاب له من العمر عشرون سنة على الرغم من قصر قامته وكان نشاطه شديداً وعضلاته مفتولة وعقله يفوق ابناء سنه وما ذلك الا لان احدى خصيه كانت جسيمة للغاية فهال امره ابويه فذهبا به الى من استلّ له تلك الخصية فلم تمرّ بضعة اشهر عليه حتى تناثر شعر وجهه وصغر حجم عضلاته وخفت قوى عقله وعاد ولداً مناسباً لابناء سنه .

كل هذا يبين لنا ان الخصيين لا يؤثر مفرزهما الداخلي في الصفات التناسلية فقط بل في القوتين الجسدية والعقلية ايضاً وما يقال في غدة الرجل التناسلية يقال ايضاً في غدة المرأة التناسلية او المبيض فاذا نزع المبيض والمرأة فتية شاخت بسرعة واذا كان المبيضان جسيمين سرّعا نمو الابنة واحدثا اعراضاً شبيهة بما تحدثه الخصيان الجسيمتان . وقد نشرت المطبوعات الطبية

منذ بضع سنوات صورة ابنة عمرها ثلاث سنوات واحد عشر شهراً كان منظرها شبيهاً بمنظر ابنة لها من العمر اربع عشرة سنة لان احد مبيضيها كان جسيماً .

والشيخوخة ايها السادة هي نوع من الخصي لان الطبيعة تخصي الرجل والمرأة وتعاقب السنوات يصلب الغددالتناسلية ويجعل الخلايا الضامة تستولي على الخلايا الشريفة فيعود منظر الشيخ شبيهاً بمنظر المخصي بما يتعلق بصفات جسده وعقله .

واذا شذّ بعض الشيوخ عن هذه القاعدة فتكون الطبيعة قد شذّت في عملها فيهم ايضاً اعني بذلك انها تكون قد أخرت تصلب خصاهم فبقيت تفرز مفرزها حتى الشيخوخة وتجدد شبابهم والبراهين عديدة على ذلك غير ان نشر الاسماء متعذر لان هؤلاء الاشخاص يخفون عن اطبائهم هذا الامر وقلما نجد من يجاهر به اذا استثنينا بعض الشعراء الذين يظلون يتغنون بما يخالج قلوبهم من الحب والشاعر الفرنسي العبقري فيكتور هيغو اكبر مثال على ما اقول فان زهرة الحب لم تذوِ في قلبه حتى الثمانين من عمره .

بعد ان عرف فورونوف كل ما ذكرت ايها السادة فكر في ان يعيض عن الخصيين اللتين تصلبتا وذبلتا وفقدتا وظيفتهما المجددة للشباب بخصية مأخوذة من خليقة فتية ولما كان الامر متعذراً في الانسان لان القوانين لا تجيز له التصرف باعضائه وهبتها ولو اراد فكر في الحيوان الاشد قرباً من الانسان بتركيب جسده وكريات دمه، فكر في بعض انواع القرود ولا سيما البعام

(او الشمبنزي) وبدأ يطعم الانسان بخصية هذا القرد فكان له ان دفع عن الانسان وقر الشيخوخة .

هذه هي الاسس التي تبنى عليها طريقةفورونوف اوردتها باختصار لان التوسع فيها يستغرق وقتاً طويلًا لا ينفسح له مثل هذا المقام .

بقي علي الآن ان ابين نتائج هذه الطريقة اولاً في الجسد ثانياً في العقل ثالثاً في إطالة الحياة .

يؤثر التطعيم في الجسد تأثيرات عديدة تبين بجلاء ما للمفرز الخصوي من الفعل العجيب

فهو اولاً ينبه القوة التناسلية وليس هذا بالامر الذي يرغب فيه الانسان عادة متى هرع الى الاختصاصي سائلًا اياه ان يطعمه بخصية قرد فتي لان الشيخ بعد ان يكون قد قضى حياة طويلة واكمل بها دوره التناسلي ينظر الى اعباء هذه الحياة التي تثقل كاهله فيرغب في زحزحتها عنه وقلما يفكر في التصابي والعودة الى مغازلة الحسان واذا طالعنا الاحصاء الذي وضعه فورونوف رأينا ان الذين طعموا بغية استعادة القوة التناسلية لا يتجاوزون ثلاثة في المائة على ان التطعيم لا يعيد هـذه الخاصة التناسلية الاّ متى كانت خصيا الشيخ لم تبلغا من التصلب حدهما الاقصى لان التطعيم لا يحيي الميت بل ينبه الحياة الذابلة

وقد اورد لنا فورونوف شواهد عديدة يبين فيها ان القوة التناسلية قد تنبهت تمام التنبه اثر التطعيم في اشخاص كانوا قد فقدوها منـذ زمن طويل وكثيرون منهم تزوجوا في الثمانين من عمرهم ورزقوا اولاداً بعد هذه السن .

٢ً — خفة الانقضاج واعني به فرط السمانة . ترون ايها السادة حيث سرتم اشخاصاً يتجاوز وزنهم مائة كيلو اشخاصاً يحملون حيث ساروا هـذا الحمل الثقيل ولا يجدون الى القائـه عنهم سبيلاً . ان هولاء تكون مفرزات غددهم الداخلية قـد قلت او اختلت ولا سيما مفرزات خصاهم فطمت الخلايا الشحمية في اجسادهم على الخلايا الشريفة وحلت محلهـا فاذا جددنا فيهم هذا المفرز الخصوي ، اذا طعمناهم بخصية جديدة ترسل الى دمائهم هذا السائل المنبه خفت وطأة تلك الشحوم وفقدوا كثيراً من وزنهم وطرحوا عنهم ذلك الحمل الثقيل الذي القته الطبيعة على اكتافهم فان احد مطعمي فورونوف فقد في بضعة اشهر عشرين كيلاً من وزنه والامثلة عديدة على ما اقول .

٣ً — انقاص التوتر الشرياني : شرايين الانسان مرنة لينـة غير ان مرور السنوات يصلبها ويقسيها لان الخلايا الضامة فيها تحل محـل الخلايا الاساسية وكذلك القول في الـكليتين فمتى صلبتا ارتفع توتر الدم في الشرايين واضطر القلب الى مضاعفة عمله للقيام بارسال الدم في شرايين صلبة لا تساعده بمرونة جدرانها على عمله فيضخم ويتسع ويرتفع التوتر الشرياني وبعد ان يكون في الشاب المرنة شرايينه ١٣ يبلغ العشرين ويتجاوز هذه الدرجة احياناً وهذا الامر لا مناص منه لان العمر اشبه شيء حسب تشبيه بعضهم بالصداء الذي يعلق بتلك العروق الدموية ، فاذا ما طعم الشيخ المتصلب وبعث ذلك الطعم بمفرزه المحيي في الدم ونبه تلك الخلايا الشريفة دبت فيها روح الحياة والتجدد فلانت العروق وانخفض توتر الدم وهذه الحادثة التي لا يدركها

غير الطبيب ولا يعبأ بها المرضى لانهم لا يفقهون اهميتها أكبر دليل على ما للطعم الخصوي من التأثير في اعادة الشباب لان الانسان بشرايينه فاذا ما صلبت شاخ ولو لم يتجاوز الاربعين واذا ما كانت لينة بقي فتياً ولو تجاوز السبعين فاذا لم يكن للطعم من تأثير سوى هذا لحق لنا ان ندعوه المنقذ الاكبر للشيوخ من عبء الشيخوخة الثقيل .

٤ — قوة العضلات : الطعم يجري في العضلات روح الحياة فينشط الجسد ويقوى ويعود الشخص الى حياة الكهولة والشواهد كثيرة على ما اقول أروي لكم بعضها : استئصلت خصيا شخص لاصابتهما بالسل فمرت عليه بضع سنوات دون ان يتأثر تأثراً شديداً غير انه في سنته الثانية والاربعين وهنت قواه حتى تصعب عليه الوقوف فطُعّم وكانت النتيجة ان عاد اليه نشاط عضلاته الذي كان قد فقده .

شخص آخر في الستين من عمره منفضج ثقيل الجسد متثاقل المشية ضعيف العضلات يلهث متى خطا بضع خطى طعّم فعادت اليه قوته العضلية حتى انه عاد قادراً على الصيد وتسلق الجبال كأنه في العشرين من عمره .

٥ — تحسن حالة المصابين بالتهاب الموثة (البروستاة) متى شاخ الانسان تضخم موثته وتعتريه اختلالات بولية قد تفضي الى تسمم دمه فموته او تضطره الى اجراء عملية جراحية تستأصل بها هذه الغدة ولا يخلو هذا العمل الجراحي من الخطر بل كثيراً ما تكون نتيجته الموت.

والتطعيم الخصوي يحسن حالة الموثيين تحسيناً شديداً ويزيل الاختلالات البولية التي تعتريهم ويخفف عنهم وطأة هذه الحالة المزعجة التي قد تتغلب في

بعض الشيوخ على جميع الاضطرابات التي تصيبهم.

يتبين اذن ايها السادة مما تقدم ان الجسد يكتسب من الطعم قوى لم يكن يحلم بها جدودنا فقد كانوا يصورون لنا الشيخ مقعداً منزوياً في زاوية بيته قرب المدفأة ولعابه يسيل من فمه ، اذا اراد النهوض احتاج الى معونة من يحيط به او اذا رغب في ان يملأ جوفه دفعاً للموت الذي يترصده لا تقوى يداه المرتعشتان على مسك الملعقة فينصب ما فيها على لحيته واثوابه . صورة تهلع لها قلوب من داسوا عتبة الخمسين من الحياة وترتعد لها فرائص من تسلقوا درجة الستين لانها تمثل الانسان باجلى مظاهر الضعف واهن الجسد والعقل معتزلاً العالم وحيداً حزيناً يعيد في ذاكرته مشاهد ايام الصبا مردداً مع الشاعر: فيا ليت الشباب يعود يوماً .

هذا الرسم الذي كان يمثل به لنا الاقدمون الشيخ المثقل كاهله بالسنين ونحن لا نزال نراه لان طريقة التطعيم لم تعمّ وتنتشر قد تقلص بفضل الطعم واصبح الرجل في المدى الاخير من حياته قادراً على مجابهة الشيخوخة ان لم يكن قادراً على مجابهة الموت فهو يبقى الى النفس الاخير من حياته قادراً على المشي قوي العضلات حتى يأتيه الموت الذي لا مهرب منه فشتان بين هاتين الحالتين .

اما تأثير الطعم في العقل فلا يقل عن تأثيره في الجسد لا بل يفوقه لان حلية الانسان عقله فاذا كان مقعداً وبقيت له قواه العاقلة وظلّ نور دماغه مضيئاً يبعث بافكاره الوضاءة التي اكسبها الاختبار الطويل سداداً فانه يظل سعيداً ولو حرم حياة المشاركة لانه اذا تعذر عليه ان يشارك بني

جنسه بجسده الضعيف تمكن من مشاركتهم بعقله النير وكتاباته وافكاره والسواد الاعظم من الذين يطلبون الطعم يطلبونه لهذه الغاية ولهذه الغاية فقط فاما ان يكونوا قد فقدوا الذاكرة فيؤملون ان يعاد اليهم ما فقدوه واما ان يكونوا قد خسروا توليد الافكار وإحكامها وترتيبها فيرجون ان يستعيدوا ما خسروه واما ان يكونوا قد عجزوا عن الاتيان بأخف الاعمال العقلية لان خلايا دماغهم تكون قد عجزت عن الانتاج فيهرعون الى الطعم ليستعيدوا مقدرتهم على الاعمال العقلية . وفعل الطعم في هذه الحالة عجيب غريب فكم من المحامين عادوا الى كراسي المحاماة بعد ان كانوا قد اعتزلوا مهنتهم الحرة لتبدد افكارهم ولعجزهم عن المرافعة ولضياع ذاكرتهم .

وكم من الاطباء الذين هالهم ما هم فيه من وهن القوى العاقلة وعجزهم عن استجماع افكارهم لتشخيص امراض مرضاهم وتوجيه المعالجة الفعالة اليهم فقبعوا في بيوتهم واعتزلوا مهنتهم واذا بهم بعد التطعيم يعودون الى مسرح الطبابة كأن حياتهم قد تجددت وكأن الشباب قد عاد اليهم . وكم وكم من الشعراء الذين نضبت قريحتهم وخشنت عواطفهم بعد ان كانت اشعارهم ترنح سامعيها وتسكر منشديها فاذا بهم يستمدون وحياً جديداً وينظمون شعراً طريفاً لم ينظموا اجمل منه وهم في زهرة حياتهم .

وكم من المؤلفين والعلماء الذين اوقفهم وهن قواهم العقلية عن متابعة اعمالهم فكسروا القلم وقطعوا كل صلة بالكتابة والتنقيب فاذا بهم يعودون الى تدبيج المقالات الشائقة ووضع المؤلفات النادرة وكشف الكشوفات العجيبة . ولا عجب فاننا اذا القينا نظرة على حياة كل فرد من المتفردين النابغين رأينا

ان اعظم الاعمال التي قام بها قد تمت في الزمن الذي كانت به غدتاه التناسليتان نشيطتين يقول ماشنيكوف وقوله حق هو ان النابغة يفقد كثيراً من نبوغه متى خسر وظيفته التناسلية واكثر النوابغ ان لم نقل جميعهم يتعلق نبوغهم بغددهم هذه وحسن وظيفتها .

فاذا ما أُعيد الى الشيخ الحكيم الذي خبر الدهر وحنكته السنون نشاطه الغدي الذي فقده كانت له قوة الشباب وحكمة الشيوخ .

فقوى العقل جميعها تتبدل تبدلاً غريباً بفعل الطعم .

لم يبقَ سوى الامر الاخير من هذا البحث وهو اطالة الحياة .

اذا كان المفرز الخصوي الداخلي يؤثر هـذا التأثير الحسن واذا كان المخصيون يشيخون قبل الاشخاص الاصحاء فانهم ولا شك يموتون قبلهم ايضاً واثبات الامر مستصعب على الانسان لانه يستدعي وقتاً طويلًا لم تجتزه بعد طريقة التطعيم الحديثة غير انه سهل على الحيوانات لان حياتهـا اقصر من حياة الانسان .

ومع ذلك يقول فورونوف انه بعد ان راقب المخصيين في مصر مراقبة دقيقة عن كثب لم يشاهد واحداً منهم تجاوز الستين . ففقد هـذا المفرز الخصوي يقصر الحياة اذن وعودة هذا المفرز في سن الشيخوخة تطيل الحياة ودليلنا على ذلك ان الاشخاص الذين خصتهم الطبيعة بغدد تناسلية خصبة غزيرة الافراز فحافظوا على خواصهم التناسلية في شيخوختهم بلغوا من العمر عتياً والتاريخ يروي لنا بعض من اشتهروا فان غات (Goeth) قـد عشق في سنته الثانية والثمانين ماريان يونغ التي كانت في العقـد الثاني من عمرها .

وتوماس بار (Thomas Parr) الذي دعاه ملك الانكليز في سنته المائة والثانية والثلاثين تزوج في السنة المائة والتاسعة عشرة وكانت خصياه جسيمتين وبقي قادراً على اجراء المناسبات التناسلية حتى سنته المائة والعشرين

وبتر البرخت (Peter Albrecht) الذي عاش مائة وثلاث وعشرين سنة تزوج في سنته الثمانين ورزق سبعة اولاد .

وجورج دوغلاس عاش مائة وعشرين سنة وسبعة اشهر وتزوج في الخامسة والثمانين ورزق ثمانية اولاد وولد ابنه الاخير اذ كان عمره مائة وثلاث سنوات

والتاريخ يذكر كثيرين من هذا النمط ويبين بجلاء ان الذين يطعنون في السن يحافظون على وظيفتهم التناسلية في شيخوختهم ولما كانت وظيفة الخصية التناسلية وافرازها الداخلي يسيران جنباً الى جنب كان ذلك دليلاً على ان هذا المفرز يطيل الحياة .

اما في الحيوانات فقد دلت الاحصاآت البيطرية ان الحيوانات المخصية اقصر عمراً من غير المخصية واذا كان الامر مستصعباً اثباته في الحيوانات المعدة للذبح كالبقر والغنم فليس الامر كذلك في الخيل . يقول ثروات ان معدل حياة الحصان المخصي اقصر من حياة الحصان غير المخصي بما يعادل الربع وقد دلت اختبارات فورونوف على الحيوانات المطعمة ان حياتها تطول فقد طعم كبشاً في سنته الثانية عشرة فعاش وهو ممتلىء نشاطاً حتى العشرين والسنة العشرون من حياة الكبش تعادل في الانسان المائة والستين لان شيخوخة هذا الحيوان تبتدىء في السنة التاسعة واقصى حياة يصل اليها

لا تتجاوز الرابعة عشرة فيكون الطعم قد اقصى الشيخوخة عن الكبش لانه بقي الى آخر ايام حياته نشيطاً يقوم بوظيفته التناسلية حتى الموت واطال حياته في الوقت نفسه زهاء خمس سنوات.

والاختبارات من هذا النوع عديدة اضرب صفحاً عنها غير انها تبين بجلاء ان الطعم يطيل الحياة ايضاً ولا يؤخر الشيخوخة فقط.

اما الآن وقد بينا فعل هذا الطعم في الفرد وقد عرفنا انه ينبه القوة التناسلية ويخفف الشحامة وينقص الضغط الشرياني ويقوي العضلات ويحسن حالة المصابين بالتهاب الموثة (اي البروستاة) وبعد ان عرفنا فعله هذا في الجسد وادركنا من جهة ثانية انه ينبه الذاكرة والقوى العاقلة جميعها ويطيل الحياة فنستنتج ان فعله في المجتمع البشري ليس سوى صورة مكبرة لفعله في فرد من افراد هذا المجتمع فهو اذن يرفع مستوى قوة المجتمع الجسدية ويدفع كثيراً من الامراض فتزول به متى عمّ استعماله :

دور العجزة او تقل لان هذه الدور مأوى الشيوخ العجزة في معظم الحالات وقد يأوي اليها بعض المرضى المصابين بآفات تقعدهم عن العمل وهم قليلون. هذه الدور هي الامثولة الكبرى التي يترتب على الشاب متى اتسعت مداركه ان يقرأها ويحفظها لانه يرى فيها ما لا يراه في العالم وهو يمرح في غدواته وروحاته بين الانس والطرب وزهو الحياة. يقرأ في تلك الدور المرحلة الاخيرة التي يصل اليها الانسان النشيط ويدرك الضعف المتناهي الذي يحل به فيتعظ ويقتصد بقواه الجسدية ولا يبذرها نادماً عليها اذ لا ينفع الندم.

هذه الدور هي العبرة الكبرى التي يجب على الكهل ان يتأمل فيها ويتمثلها في كل يوم من ايام حياته لان مصيره اليها ان لم يكن في دور العجزة العامة ففي داره الخاصة بين اهاله وانسبائه واذا ما تأمل فيها ابتعد عما يرهق قواه ويبددها

هذه الدور ايها السادة التي تمثل لكم الانسان باسمج مظاهر الحياة .هذه الدور التي لا يأوي اليها الا من قوست ظهره السنون وارجفت قدميه الشيخوخة واوهى قواه الكبر ، هذه الدور تزول اذا ما عمت طريقة فورونوف وانتشرت .

ولكن ليست هذه الدور وحدها تندك الى الحضيض وتقام مكانها النوادي العلمية والادبية بل ان دوراً أخرى يعفو اثرها ايضاً ، دور تسكنها فئة من بني البشر يدمى قلب الانسان متى نظر اليها ويذوب أسىً متى أجال الطرف فيها فرأى اخوة له في البشرية أدى بهم الامر الى هذه الحالة التاعسة واعني بهذه الدور مستشفيات الامراض العقلية . ان كثيرين ممن يأوون الى تلك الدور ولست اقول كلهم ينجم اختلال عقولهم من تشوش غددهم الداخلية الافراغ فاذا ما اصلحت تلك الغدد بالطعم الخصوي الذي يؤثر في مفرزات الغدد الاخرى جميعها قلّ روّاد تلك الدور واصلحت حالة البشرية .

ان الطعم متى عمّ لا يزيل من المجتمع دور العجزة فقط ولا ينقص المعتوهين والمختليّ الشعور فحسب مع ان هذين الامرين اذا أزيلا كان من زوالهما ازدهار للبشرية لا يعادله ازدهار بل انه يفعل اكثر من ذلك انه

يرفع مستوى قوة المجتمع العقلية وينشط العلوم والفنون وهذا الامر يسهل فهمه ايها السادة خذوا مثالاً لكم اديسون العالم الكهربي الشهير الذي اجتاز عتبة العقد الثامن ولا يزال ينفح العالم باختراعاته العجيبة لقد بلغ هذا العالم من الحنكة والاختبار والعلم مبلغاً قلما يصل اليه انسان فاذا ما بقيت لهذا العلامة في سنوات حياته الاخيرة قواه العقلية اذا ظلّ لجسده من النشاط ما لا يمنعه عن اجراء اختباراته التي تستدعيها الكشوف العلمية ازدهر العلم به وفي كل بلدٍ من المعمور اديسون ان لم يكن بالعلم الكهربي ففي العلوم الاخرى والفنون والآداب والشعر فاذا حافظ العالم على نوابغه حفاظه على الدرر الغوالي واطال حياتهم بالوسائط العلمية التي يملكها أثرت حياة هؤلاء الافراد في ازدهار المجتمع البشري ورقيه .

ان التوسع في هذا الامر يستغرق وقتاً طويلًا ومثال واحد يغنينا عن الامثلة العديدة .

وقبل ان اترك هذا المنبر لا بدّ لي من أن أطلعكم على أمرٍ تطمح اليه نفس فورونوف امر لم يتوصل هذا العلامة الى تحقيقه حتى الآن لان بعض العقبات يقوم في وجهه مع انه مبني على العلم والمنطق . ان فورونوف يسعى الآن الى ايجاد طبقة من البشر اسمى من الطبقة الحاضرة . ربما تعجبون لسماع مثل هذه الاقاصيص وليس في الامر ما يدعو الى العجب ليس فيه خروج على قوانين الطبيعة ولا على المعتقدات بل الامر سهل فهمه اذا ما عرفت الطرق التي يرغب فورونوف في سلوكها وصولاً الى غايته .

لاحظ فورونوف ان الكبش الفتي اذا طعم بخصية كبش بالغ اكتسب

نشاطاً وقوة يفوق بهما الخرفان السائرة وان كلب الصيد الصغير اذا طعم بخصية كلب بالغ بلغت غريزته حداً بعيداً لا يصل اليه كلب غير مطعم. فاذا قيس الامر على الانسان يقال ان الولد الصغير قبل البلوغ اذا طعم بخصية قرد بالغ اكتسب جسده من النشاط والقوة قسطاً كبيراً وتنبهت قواه العقلية فنمت ذاكرته وذكاؤه وكان من نوابغ عصره. هذا ما يراه فورونوف ورأيه عين الصواب غير ان تحقيق هذه الفكرة مستصعب لان الشيخ اذا هرع الى فورونوف ليخفف عنه بعض صعوبات الحياة فان الولد لا يهرع اليه وهو ممتلىء نشاطاً وقوة وان والديه لا يلقيان به بين يدي الجراح لاجراء هذه العملية ولو كانت سهلة خالية من الخطر غير ان المستقبل سيبلغ فورونوف هذه الامنية على ما ارى .

❀❀❀

فعسى ان يكون كل منكم ايها السادة فورونوف امته فيجدد نشاطها ويجري روح الحياة في عروقها ويعيد اليها مجدها الزاهر الغابر ويبرهن للناظر الينا اننا امة اذا انامتها حوادث الدهر وشلت حركتها لا تزال حية بعلومها حية بفنونها حية بآدابها وان ذلك الدم العربي لا يزال يدب في عروقنا نقياً طاهراً متحدراً من دماء اولئك الجدود النوابغ الذين تركوا لنا في التاريخ اسماً خالداً واوصونا بالجري على خطتهم المثلى. ومن اجدر منكم ابناء دمشق وسكان عاصمة الامويين باذكاء جذوة العلم وبعث نوره الوضاء جرياً على مثال جدودكم الاماثل

❀❀❀

الاقساط (Les ankyloses)

للدكتور لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

يقال ان في المفصل قسطاً متى امّحت بعض حركاته الطبيعية او جميعها . وينجم هذا القسط المختلف الدرجات من التحام المشاشتين (épiphyses) في المفصل اتحاداً قسمياً او تاماً . وهو النهاية المفضية اليها التبدلات الالتهابية التي تطرأ على جميع عناصر المفصل في سياق التهابه او بعده .

والقسط من الوجهة التشريحية ليفي او عظمي اي ان الالتحام فيه يتمّ مباشرة او بنسيج ليفي معترض والقسط الليفي متى كان مشدوداً شابهت اعراضه القسط العظمي. والقسط مركزي في الغالب يزول فيه الجوف المفصلي وقد يكون محيطياً بتكثف الربط والمحفظة وانكماشهما وتكلسهما ايضاً وتتجه الاوعية والاعصاب الى الانكماش فيجب ان ينتبه لهذا الامر لئلا تقطع متى اريد اصلاح القسط بالتمديد العنيف .

والاوتار منكمشة حتى انها قد تستدعي القطع والاغشية نفسها قد تتكثف مع تصلبات ليفية في الادمة. وربما كان للطرف جميعه منظر سيء حقير. ومتى كان المفصل سليماً لا يصاب بالقسط ولو ثبت مدة طويلة والدليل على ذلك انه متى نزع طرف مسلول من جهازه الجبسي بعد ان يكون قد ثبت سنوات عادت الى جميع المفاصل السليمة حركاتها الا المفصل الذي كان

مسلولاً فهو وحده يصاب بالقسط .

وبعض الاقساط يخشاها الجراح ويصنع جهده لتحاشيها بالتحريك الواقي وبعضها يتطلبه لانه الغاية التي يرمي اليها . فالاقساط الاولى تعقب التهاباً مفصلياً رضياً لا جرثومياً ولكنه مرافق للكسور أو للخلوع التي تبدل شكل النهايات العظمية او مجاوراتها . او تلي التهاب مفصل متقيح نجم من جرح مفصلي او التهابات ناجمة من تعفن عام بالمكورات البنية (غونوكوك) اوحمى النفاس او تعفن منتشر من الجوار : التهاب العظم والنقي (ostéomyélite) التهاب الاذن . فجميع هذه الآفات تفضي الى القسط ولهذا كان الخوف من القسط الامر المتغلب في سياق الآفة وكان توجيه المعالجة اليه واجباً

وتنقسم الاقساط قسمين : الاقساط الرضية والاقساط المرضية .

والاقساط الثابتة هي التي يتطلبها الجراح لانها واسطة الشفاء كما في التهابات العظم والمفصل السلية وفي تثبيت مفصل رخو فهذه الاقساط هي الاقساط العلاجية .

وعلى الجراح ان يحاشي الاولى ما امكنه اما اذا وقعت على الرغم من جهوده فتكون النتيجة سيئة وقد يضطر الجراح الى فكّ هذا الالتصاق لاعادة المفصل الى حركته متى انطفأ عامل التعفن .

وعليه ان يحدث الثانية ويدعمها اذا لم يكن الالتصاق مشدوداً ومتى تكونت عدت النتيجة حسنة وكان عليه ألاّ يمدّ اليها يداً لئلا تتنبه الآفات الكامنة . فخطة الجراح اذن مختلفة كل الاختلاف في هاتين الحالتين

وبعد ما تقدم نقول ان الاقساط في وضع حسن او سيء فهي في وضع

حسن متى كان اجراء الحركات الاساسية المفيدة ممكناً وهـذه الاوضاع معروفة في الكتف بعض التبعيد (abduction) مع دوران العضد قليلًا الى الوحشي . وفي المرفق الزاوية القائمة او الحادة قليلًا مع وضع الساعـد في الكب (pronation) والابهام الى العالي . غير ان الزاوية المنفرجة مفضلة في بعض المهن كالزراعة .

وفي معصم اليد انبساط خفيف ١٥ — ٢٠ درجـة . وفي الفخذ التقويم مع تبعيد معتدل (abduction) وفي الركبةالتقويم انبساطاً وفي القدم الزاوية القائمة .

لا نجهل ان الحركات في هذه الاوضاع لا يستطاع اجراؤها بدون بعض الانزعاج غير ان الوظائف الاساسية تتم بسهولة فضلًا عن ان بعض المصابين بالقسط يصلحون علتهم هذه بحركات المفاصل المجاورة فالكتف تنتقل جميعها كتلة واحدة للاعاضة عن حركات المفصل الكتفي العضدي المفقودة .

ويظهر ان الرأي الذي كان معولاً عليه حتى هذه السنوات الاخيرة هو الحصول على هذا الوضع الحسن ولا سيما في الطرف السفلي .

غير ان القاعدة هي التشبث باعادة الحركة الى الطرف العلوي وتثبيت الطرف السفلي جيداً لان بعض الحركة في الركبة متى كان القسط ناقصاً يحدث الانزعاج والألم . ويطمح البعض الى ابعد من ذلك اي الى إزالة كل قسط . فان بعض المرضى يرغبون في استعادة حركة مفصل مثبت . وهنالك معالجة شافية من شأنها إعادة الحركات حتى الى الطرف السفلي

فبعد ان يكون الجراح قد نال كل ما كان يؤمل فيه من جهة الوظيفة

بالتمسيد الفاعل والتحريك والمغاطس والمناضخ وغير ذلك وبعد ان يكون العامل الالتهابي قد انطفأ تمام الانطفاء تجرى العمليات الجراحية متى كانت العضلات كافية : لان الامر الاساسي هو الاَّ يفقد المريض من متانة طرفه ما كسبه من حركته وألاَّ يعالج هذه المعالجة القسط السلي . وكلما كان القسط قديماً كان انذار التوسط الجراحي ملائماً لانه بعد انتظار سنتين او ثلاث سنوات لا يتعرض الجراح الى تنبيه الجراثيم الكامنة . وبعد ان يقرّ الرأي على التوسط الجراحي يرى الجراح امامه ثلاث طرق لتحريك مفصل مصاب بالقسط :

قطع العظم (ostéotomie) الذي يؤثر بعيداً عن المفصل مثال على ذلك قطع الفك السفلي تحت القسط الصدغي الفكي تبعه اعتراض عضلي او لم يتبعه .

نشر المفصل ، وتصنيعه في ناحية المفصل اليابس : اثبت اوليه (Ollier) الذي لا بدَّ من العودة اليه حين الكلام عن جراحة المفاصل انه متى نشر مفصل اي متى نزعت منه الاقسام المريضة وبقي السمحاق والمحفظة واتصالاتها والعضلات جدد السمحاق العظم وحددت المحفظة هذا النمو وكيفت العضلات هذا العظم الجديد فكان من كل هذا مفصل جديد قادر على القيام بالوظيفة . غير ان الابقاء على السمحاق ليس بالامر الهين في كل مكان (عنق الفخذ) فضلًا عن ان بعض المشاش لا سمحاق فيها (الركبة) وان الترمم مفقود في عدد عديد من المفاصل الامر الداعي الى عودة القسط للظهور ، وان الربط قد تتلف فكل هذا لا يسمح لنا بعدّ

النشر قاعدة مطردة . فهو حسن في المرفق وعنق القدم وسيء في الفخذ والركبة حتى ان اوليه وتلامذته لم يخطر لهم ببال ان يعالجوا اقساط الطرف السفلي ولا سيما الركبة هذه المعالجة. واحسن طريقة جراحية هي طريقة اوليه: نشر بعد تعرية العظم من السمحاق والمحفظة بالمسحاة (rugine) القاطعة ، تثبيت موقت وتحريك رشيد فاعل بكور ما امكن على ان يراقب مراقبة دقيقة .

واما تصنيع المفصل (arthroplastie) فهو يقوم بوضع اجزاء لينة بين السطوح المفصلية منعاً لالتصاقها بعد النشر الاقتصادي . وقد اوجد هذه الطريقة في اميركا مورفي الذي كان يضع اولاً شريحة صفاقية مذنبة بين السطوح المفصلية بعد تسويتها . فهذه التسوية وهذا الاعتراض يميزان تصنيع المفصل عن نشره المعروف منذ القديم الذي تنشر به السطوح نشراً مسطحاً .

وقد وضع بوتي الايطالي وهو من امهر الجراحين في جراحة المفاصل طعماً حراً مأخوذاً من صفاق اللفافة العريضة .

وقد استعمل باير الاميركي غشاءً حيوانياً محفوظاً . فاللفافة العريضة بعد وضعها بين السطوح المفصلية لا تلبث ان تعتاد وظيفتها الجديدة والغشاء الحيواني تلتهمه الخلايا الضامة الاتية من الجوار فينقلب نسيجاً ليفياً ولا يقع القسط في الحالات الحسنة . وهذه الطريقة مفيدة كل الفائدة في مفصلي الفخذ والركبة . غير انه لا يكفي الحصول على حركة منفعلة لان المفصل الرخو اشد ازعاجاً بتقلقله من القسط اليابس بل يجب ان يكون التحرك مفيداً اي ان تكون العضلات والربط سليمة فتشترك في العمل وتحريك المفصل . فعلى الجراح ان يختار اذن المرضى الاحداث وان يرفض المعالجة

الجراحية متى رأى ان الشخص المبضوع لا يتبع بعـد العملية بصبرٍ المعالجة التي تستدعي جلداً وارادة قوية فعليـه اذن ان يردّ طلب العصبيين وغير الاذكياء من مرضاه .

ان الطريقة الحسنى من الوجهة النظرية هي نشر المفصل برمته واتباعه بطعم تام وقد اجرى بعض الجراحين هذه العملية غير انها لا تزال من النوادر ومتى كان وضع القسط سيئاً وجب تقويمه قبل كل شيء وذلك بقطع العظم او نشر المفصل اما تصنيع المفصل فسنبدي رأينا فيه بعدئذ .

قطع العظم معناه كسره بالمطرقة والازميـل فوق القسط المعيب او تحته ثم تقويم الطرف بعطفـه حـذاء الكسر وتبديل انثناآته . واصلاح جميع الانحرافات ممكن غير ان المفصل الذي يستطاع اصلاحه اكثر من سواه هو مفصل الفخذ .

ويستعمل النشر البسيط في مفصل الركبة لاصلاح عيب في الوضع على ان يليه قسط جديد ومن حسناته انه يستأصل غالباً الآفات الكامنة وربما كان النشر في المرفق سبب الحركة.

لنرَ الآن ما هي الخطة التي يترتب علينا سلوكها في كل مفصل : ان التوسط الجراحي في الكتف نادر لان حركات اللوح تعيض عن حركات مفصل الكتف او زوالها . واذا كان اللوح ثابتاً فالنشر لا يكفي ومحاولة تصنيع المفصل جائزة . ويقال ان الوضع معيب في المرفق متى لم يكن المفصل زاوية قائمة بل اقترب من التقوم او الانبساط . غير ان كل هذا نسبي ويتعلق الاستطباب بالشكل الذي يستخدم به الشخص ذراعه . ومهما يكن

فالمرفق مفصل حسن لعملية القسط . تنشر من المرفق البكرة العضدية ويحترم المحجن المرفقي ولكي يجتنب استرخاء المرفق الذي يستدعي جهازاً داعماً يجرى النشر تحت السمحاق وتحترم بالخاصة الربط الجانبية . ويجوز اجراء نشر غير نموذجي واحتفار حفرة بكرية في نهاية العضد بالمفت(pince-gouge) . واذا حرك المفصل سريعاً وساعد الشخص الجراح في المعالجة كانت النتائج باهرة.وقد صنع بعض الجراحين مفصل المرفق .

وقسط معصم اليد في حالة انبساط خفيف لا بأس به لأن حركات الاصابع تبقى محفوظة . واذا كانت اليد منعطفة نحو راحتها مع تيبس الاصابع كما هي الحال بعد التهابات المفاصل السيلانية ينشر المفصل الكعبري الرسغي ويجب ألاّ يؤدي التقويم الى انعطاف الاصابع الشديد ولا بدّ من التحريك الباكر

وقسط الفخذ يستدعي في الغالب قطع العظم تحت المدور (grand tro-chanter) الكبير تقويماً لوضع الفخذ المعيب. ويجب ان يمرّ خط الكسر تحت المدور الصغير لكي يبقى ارتكاز ابي سواس المنكمش في القطعة العليا.

ومتى كان القسط في جانب واحد والشخص حديث السن يجرب تصنيع المفصل ولا سيما متى كان منشأ القسط سيلانياً. يكشف المفصل جيداً بقطع المدور الكبير ويحرر رأس الفخذ من الجوف الحقي ويسوى ويحتفر جوف حقي جديد بالمجرفة .وتوضع قطعة من اللفافة العريضة أو من غشاء بين السطوح المفصلية ويفضل بأمر مثانة الخنزير التي يغلف بها رأس الفخذ المسوّى حديثاً ثم يثبته بغرز حمشة (كاتغوت) بالنسيج الليفي المحيط بعنق الفخذ . فيكون الرأس والعنق قد غطيا بكيس ويوضع الرأس المستور في الجوف

المحتفر حديثاً ويعاد المدور الى مكانه وتحاط الاقسام الرخوة بعدئذ .

ويثبت الطرف ٤٨ ساعة في سنبلة جبسية ثم في جهاز توما مع تمديد متواصل بثقل وزنه عشرة كيلوات ثلاثة اسابيع ويلازم المريض بعد انقضائها سريره اسبوعاً آخر مع بدئه بالحركات الارادية . ويسمح بالمشي بعد نهاية الاسبوع الرابع . فاذا سار المريض نحو الشفاء ازدادت الحركات اتساعاً واذا عاد القسط كان وضعه حسناً . ومتى كان القسط في الجانبين يقطع العظم في جهة وينشر المفصل او يصنع في الجهة الثانية .

واذا كانت الركبة قسطاء وحسنة الوضع اي منبسطة ولم تكن مؤلمة كان المشي عليها مستطاعاً والقيام بالاعمال الشاقة كذلك وهذا خير ما يرجى للعملة . ومحذور هذا الطرف انه اذا كان طويلاً مشى المريض حاصداً اي صنعت رجله حين انتقالها نصف دائرة. ولكن لا يكفي هذا لبضع عامل اما النساء الفتيات وسكان المدن الذين لا تضطرهم مهنتهم الى المشي المتعب فيرغبون في ان تعاد لركبهم بعض الحركة . فعلى الجراح ان ينبههم قبل العملية الى ما يستطاع وقوعه : الى الخيبة او الاسترخاء لان الركبة مفصل سيء من الوجهة التجبيرية . ويجوز ان يجرب تصنيع المفصل مع انه ليس بالعملية التي يكثر اجراؤها غير ان نتائجها كانت باهرة حتى كان يجريها بعض الجراحين المجبرين الماهرين : ويظهر ان طريقة بوتي افضل الطرق . يشترط اولاً ان تكون الجروح مندملة اندمالاً تاماً فبعد ان يقطع وتر المربعة الرؤوس بحرز القسط وينظف المفصل من جميع الاجزاء المرضية التي تملأه ولا سيما في الوراء . وتسوى الاطباق الظنبوبية والبكرة الفخذية بالمفرص

(gouge) والمحك (râpe) لكي يسهل تمفصل هذه السطوح على ان يكون شكلها قريباً ما امكن من الشكل الطبيعي. وبعد ان يرقأ الدم جيداً تؤخذ شريحة من اللفافة العريضة في الفخذ الثانية على ان يكون طولها كافياً وتفرش بها السطوح المفصلية الجديدة وتثنى على نفسها وتدفع خلف العظم الى ابعد مدى ممكن لكي يتألف منها رتج خلفي حقيقي رخو وتبسط على السطوح المفصلية وتثبت بها بغرز جانبية ثم يغلق المفصل وهو منعطف انعطافاً متوسطاً ويكون وتر المربعة الرؤوس قد حضّر وضوعف لهذه الغاية في بدء العملية. وتصنع جنيحات الداغصة ويخاط الجلد. ويثبت الطرف في وضع نصف انعطاف في ميزابة جبس مسكوبة منذ مساء العملية ومحضرة ممتدة من جذر الفخذ حتى الكعبين. ويبدأ التمديد مباشرة بكيلو واحد ويزاد تدريجياً حتى ٦ كيلوات. والمعالجة بعد العملية أهم من العملية نفسها، تنزع الميزابة بعد ١٥ يوماً بضع ساعات تصنع في اثنائها حركات خفيفة. ولا يسمح بالمشي الا بعد ٣٠ — ٣٥ يوماً. ولا تظهر فائدة العملية جلية اذا لم تطرأ عوارض الا بعد العملية بسنوات. وقد نشرت الجرائد الطبية نتائج حسنة للغاية غير ان عودة القسط او الحركات الجانبية ممكنة وهذه تدعو المريض الى لبس جهاز ضابط واذا كان وضع الركبة القسطاء سيئاً والمشي مختلّا فهناك امران: فاما ان يكون الانعطاف قليلًا فيقوم الطرف بقطع العظم فوق اللقمتين او ان يكون العطف شديداً فلا يملأ الدشبذ الفرجة الواقعة بين سطحي القطع بعد التقويم فيجب في هذه الحالة ان تقتطع من العظم قطعة اسفينية وربما شبه منحرفة (trapezeiforme) فتتحاشى بها استطالة الاوعية المأبضية

نتائج تفاعل السائل الدماغي الشوكي الايجابي

او السلبي في سياق الزهري بعد جهود ثلاثين سنة

الدور الحيوي للزهري العصبي

الاستاذ بول رافو عضو المحفل الطبي وطبيب مستشفى القديس لويس في باريس

ترجمها الدكتور عزة مريدن الطبيب الداخلي في مستشفيات دمشق

— . مدخل . —

لا تزال اهمية درس السائل الدماغي الشوكي في الزهريين آخذة بالازدياد ولقد عاد درسه بفضل التتبعات الدقيقة والمشاهدات الكثيرة واسطة مهمة لكشف العلل العصبية الزهرية الباكر وتشخيصها بعد ان كان البزل تجربة حيوية بحتة ولم يعد البزل يجري حباً بالاستطلاع بل لضرورة مبرمة ، اذ ان التغيرات التي تطرأ على السائل حينما تسطو البريمية الشاحبة على السحايا والجوهر العصبي تكشف لنا على الاحياء الاصابات الغامضة كما تكشف الخزعة في الميت الاصابة الغامضة ايضاً ، وكلما كانت الاصابة اكثر غموضاً على السريريات كانت قيمة الفحص أعز وأثمن — اذ به يفتضح سير الآفة الصامت في ملء النسيج العصبي .

وقد جاءت معالجة الزهري العصبي بالبرداء (malariathérapie) فتنبهت الافكار ثانية للقول السابق ان الدواء يكون أنجع كلما كانت

الآفة حديثة وفوق كل ذلك فإن في السائل الدماغي الشوكي عناصر اذا تحريناها لا ننقب عن التشخيص فحسب بل نقف على سير الدواء ونجاحه كل هذا والعلامات السريرية لم تكن ظهرت بعد لان ظهورها يتأخر . وزبدة القول ان العلامات الحيوية في الزهري العصبي تسبق في اكثر الاحوال ان لم نقل في كلها بزمن مديد العلامات السريرية فاستناداً الى هذه الحقائق الثابتة اقترحت سنة ١٩١٤ للمرة الاولى تقسيم سير الزهري العصبي الى دورين : دور ما قبل السريريات وهو الذي تنعكس فيه صورة الآفات التشريحية في السائل الدماغي الشوكي ولا يمكن اقتفاء اثرها الا به. ثانياً دور سريري يبدأ بظهور اول عرض سريري .

الفصل الاول

كيف تماسكت حلقات تتبعاتي

منذ ٣٠ حزيران سنة ١٩٣٠ تكون قد مضت ثلاثون سنة على ابتكاري مع استاذي المرحوم فيدال لمبحث التشخيص الخلوي فبعد ان أبنا اهمية هذه الطريقة الحديثة في درس الانسكابات المصلية درساً سريرياً كنا نطبقها مع سيكار على السائل الدماغي الشوكي ولم يمض قليل الا وعرفت ما يطرأ عليه اثناء التهابات السحايا الحادة فالمزمنة من التبدلات ففتح باب جديد للاستقصاء في الجملة العصبية سريرياً بالبزل القطني ومما لاحظناه منذ تتبعاتنا الاولى كثرة ما يقع في السائل الدماغي الشوكي من التغيرات في سياق الاستقرارات المختلفة للزهري العصبي ، ولقد اوحت الينا مشاهداتنا الكثيرة ان في جانب التفاعلات السيسائية المصاحبة لهذه التظاهرات

المتنوعة تفاعلات اكثر خفاءً لا اعراض ظاهرة لها ولا يحسر النقاب عنها الا البزل القطني هي التفاعلات السحائية الكامنة التي حدتني الى درس المائع الدماغي الشوكي الزهري ، ولقد تغلبت في درسه على مصاعب جمة طارقاً باباً لم يطرقه احد قبلي وسالكاً ارضاً جديدة كنت اول نابش لكنوزها .

❀ ❀ ❀

ولا بد لي قبل متابعة البحث من ارسال كلمة شكر وعرفان جميل الى استاذي (تابرج) الذي فتح لي باب مستشفاه (مستشفى بروكا) على مصراعيه وأباح لي درس مرضاه اباحة مطلقة .

بدأت بدرس سائل الزهريين الدماغي الشوكي من كل الوجوه في الدورين الثاني والثالث وفي الزهري الارثي فجمعت النتائج في مذكرات اساسية ثلاث : ففي الاولى كنت اوضحت مبيناً بالارقام في ٦٨ مريضاً كثرة التفاعلات السحائية الخفية في دور تعمم الزهري الثانوي الامر الذي يتردد الكل في صحته اولاً ولو لم تدعمه الفحوص لما عاد حقيقة ملموسة ولقد كنت اقول مصراً بترافق تلك التفاعلات وبعض تظاهرات جلدية دائمة كالافرنجيات الدخنية والصدفية الشكل ولا سيما الافرنجيات الصباغية والخاصة وكنت أبين خفاءها مع استتارها — أية علامة سريرية متعرفاً بسير الآفة منها (التفاعلات) فأما انها سائرة الى التلاشي عفواً او بالدواء وهذا في الغالب او الى البقاء وهذا نادر ومنذ ذلك العهد عرفت ان هذه التفاعلات تتقدم بظهورها ظهور اي عرض شريري فكنت اقول في مذكرتي الاولى في تموز سنة ١٩٠٣ : لا يجدر بنا ان نعجب لاختفاء خلل في المجموع

العصبي سريرياً لانه أَإمـا أَن يضمحل ولا يعرف بسوى البزل القطني او يكمن طويلاً غير متظاهر باي عرض سريري ريثما تـكون الآفة سارت شوطاً بعيداً وزبدة ما في ذلك ان الواجب يقضي على الممارس أَن يعد هذا العرض الجديد اعني به التفاعلات العصبيـة عرضاً من اعراض الزهري في دور حدته لان الكفاح الدوائي في هذه الآونة واجب .

وفي مذكرة ثانية ظهرت في السنة التالية سنة ١٩٠٤ كنت اقابل تفاعلات الدور الثاني الخمجي (septicémique) التي هي في الغالب قصيرة العمر بتفاعلات الدور الثالث دور التحدد التي هي اكثر ندرة وذات مفاد مغاير لمفاد تلك ، فظهور الاولى يكاد يكون قاعدة مطردة ولكنه سريع الزوال وهو برهان على صولة الخمج الزهري على المحور الدماغي الشوكي (ومنذ سنة ١٩٠٣ كنت استعمل هذا المصطلح) واما الثانية فاكثر بقاء وهي توقفنا على إصابة بيئة في المجموع العصبي، ولقد ثبت لي من قبل ان التفاعلات السحائية تكون مثبتة لا في بدء الزهري العصبي فحسب بل قبل وضوح اول عرض سريري وفي بعضهم قبل انكشاف العلامات السريرية بعدة اشهر أَمر شاهده سيكار وناجوت فاعتماداً على ما قدمت قلت في كانون الاول سنة ١٩٠٤ : كم يستفاد من اقتفاء أثر هذا الدور الخفي الممتد منذ إصابة حمة الزهري للمراكز العصبية، خالقة فيها آفات خفية ،حتى تفاقم هذه الآفات وتظاهرها بعرض سريري والبزل القطني هو الذي يهدينا الى هذا العرض الثمين اذ به نكون كأننا — اقتطعنا خزعة من المراكز العصبية وبه نضيء سير الآفة الصامت الذي لولا البزل لما تظاهر سريرياً الا متأخراً فهكذا احياناً يدعم

تفاعل السائل الدماغي الشوكي عرضاً سريرياً نحن في ريب من أمره واحياناً يكون التفاعل التظاهرة الاولى لهذا الاستقرار العصبي وبذا يكتسب الاهمية العظمى وفي مذكرة ثالثة ظهرت سنة ١٩٠٧ وخصصت بدرس السائل الدماغي الشوكي الزهري الارثي شاهدت فيها شبيه ما شاهدته في الكهل منها ولدان وقفت فيهما على سير تفاعلات استمرت عدة شهور حتى تلاشت بالمعالجة وفي آخرين تلت هذه التفاعلات الايجابية بعد انصرام شهر في الخفاء عوارض عصبية وخيمة كحادثتين لالتهاب العصب البصري .

هذه هي المذكرات الثلاث الاساسية التي أقمت عليها أسس درسي اضيف الى ذلك ثلاث قضايا مهمة أتت فاكملتها ففي سنة ١٩٠٣ بحثت مع فيدال وسيكار وغيلن وباران على آح السائل الدماغي الشوكي — فاظهرت يومئذ عظيم الفائدة في تحري التفاعلات الآحية والخلوية معاً ولقد تمسكنا شديداً باصول تحري الآح الاجمالي رغم التفاعلات العديدة التي اوجدت يومئذ وكلها ترمي الى القصد نفسه ومنذ ذلك الحين وضعنا وبوايه جهازاً يعين مقدار الآح الشوكي بظرف عدة دقائق ، والقضية الثانية هي اننا كنا وبونسل المكتشفين الاولين للبريمية الشاحبة في سحايا وارث للزهري فكان التفاعل السحائي وهو حي شديداً جداً تظهره اعراض سريرية واضحة وبزل ايجابي وبفتح الميت وجدنا ذات السحايا القاعدية البينة وفيها عدد كبير من البريميات أما في الجوهر العصبي فلم نر اثراً لها فكانت المشاهدة الاولى التي كشفت بها البريمية الشاحبة في جملة الانسان العصبية وبالتالي امكن اثبات الطبيعة الزهرية للافات السحائية الوعائية بواسطة البزل القطني

وقد جاءت وقتئذ مشاهدات الاساتذة بندا وسزارا ونوغوشي وغيرهم داعمة صدق نظريتنا الاساسية في سير الاشكال المختلفة للزهري العصبي وفي سنة ١٩٠٧ اثبتت ولو فاديتي عقب الاعمال الجليلة التي قام بها واسرمان للمرة الاولى فقد التوازي بين تفاعل بورده واسرمان الدموي وبين التفاعل نفسه في السائل الدماغي الشوكي لان هذين السائلين مستقران في مسكنين مختلفين ، وقد أصررنا منذ ذلك العهد على اهمية هذه النقطة التي كثيراً ما يهمل امرها عند البحث عن تشخيص الزهري العصبي وإمراضه وبعدان أقمت هذه الاسس المتينة مسترشداً بمشاهدات المرضى خلال سنوات عديدة ابتدأت بجمع اكتشافاتي عن تقدم العلامات الحيوية على العلامات السريرية ثم اذعتها في مذكرات مختلفة كما ان زميلي وصديقي فنسن الذي اشبع فكره بهذه النظريات اثبتها في اطروحة وأكملها بما رآه من المشاهدات السريرية المهمة وما قام به من الاعمال الجليلة فيما يتعلق بالتشريح المرضي . واخيراً في سنة ١٩١٤ وبعد الاستناد الى أتم المشاهدات واكثرها دلالة والى الادلة العديدة أعلنت أهم نقطة ظهرت لي وهي الدور السابق للسريريات (pré-cliniqne) . وأثبت انه يجب تمييز مرحلتين كبيرتين في سير الزهري العصبي : الدور الاول او الدور السابق للسريريات الذي لا يظهر فيه اقل عرض سريري ولا يستطاع كشفه الا بالبزل القطني وهو يبتديء منذ ظهور الآفات الاولى السحائية الوعائية المسببة من البريميات

ومدة هذا الدور قد تكون طويلة تستحيل في اثنائها الاعضاء المصابة إستحالة صامتة بل تتخرب ولا تظهر نتائج ذلك التخريب الا متأخرة وذلك

بظهور اول عرض سريري فعند ذلك يبدأ الدور الثاني او الدور السريري. ففي هذا الدور فقط يستطاع تشخيص الزهري العضبي سريرياً لان الدور الاول ليس الا دور التفريخ الذي يمتد حتى السنتين ولكن الدور الثاني هو دور الانفجار والظهور ويبدأ منذ ظهور اول عرض سريري اذن لم يكون تميز كل من هذه الادوار عن الآخر عظيماً لان ظهور العرض السريري مهما كان حديثاً معناه اضمحلال منطقة من الجملة العصبية وخرابها ونذير بخيبة المعالجة لانها تكون قد اتت متأخرة جداً ، على ان العكس غير جائز لان الآفات الزهرية العصبية المخربة التي تسير خلسة وبخداع لا تتجلى باعراضها السريرية الدالة عليها الا متى كان نموها زائداً فمن ذلك يفهم ان العلائم الحيوية المستحصلة بدرس التغيرات الطارئة على السائل الدماغي الشوكي تدلنا على الآفات الخفية التي تقف السريريات صامتة أمامها فيحق لنا ان نجهر اذن بأن العلامات الحيوية في الزهري العصبي تتقدم دائماً العلامات السريرية .

ولكشف ما اختفى من هذه الآفات المسدفة يكفي اجراء بزول قطنية غير انه لما كان تكرار هذا الامر غير ممكن فقد فكرت في التفتيش عن الوقت الاكثر ملاءمة لاجرائه ؛ فاستناداً الى الاحصاآت العديدة التي اخذت نتائجها على الف مريض مصاب بالزهري العصبي وباوقات مختلفة تبين لي ان أعظم حد للتفاعلات الخفية التي تفقد فيها العلامات السريرية ترى في السنوات الثلاث الاول للزهري كما انه استناداً الى الاحصاآت نفسها والى امور اخرى اقترحت اجراء البزل القطني في بدء السنة الرابعة أو

قبل ذلك متى أُريد قطع المعالجة باكراً .

وقد أَعدت في الاجتماع السنوي لجمعية الامراض العصبية الذي عقد سنة ١٩٢٠ ثم في اجتماع آخر عقد في المحفل الطبي سنة ١٩٢٧ درس هذا الدور الجديد وهو الدور السابق للسريريات وفي هذه المرة كنت استند في تقاريري ونتائجي الى مشاهدات بعيدة الامد وعظيمة الاقناع .

وفي سنة ١٩٢٧ جمعت مع تلميذي وزميلي بولان في مذكرة خاصة ما اكتشفته منذ عهد بعيد عن اهمية درس العناصر الخلوية في السائل الدماغي الشوكي درساً وصفياً ثم طبقت هذا الفحص عملياً على طريقة التضريج الخلوي الحيوي فكشفت دائرة غنية جداً بالخلايا البيضاء تظهر فيها اشكال مختلفة من خلايا الدمن تفيد معرفتها جداً لوضع التشخيص والانذار في الزهري العصبي .

واخيراً منذ عهد قريب أَعدت الكرة ثانية واجهدت نفسي لاظهر للعالم الطبي أَن مجهوداتي المثمرة اوضحت جيداً تقدم العلامات الحيوية على العلامات السريرية . وبذا فقد فهم اخيراً جميع المؤلفين الذين بحثوا في هذه المسأَلة ان التعابير التي كانوا يطلقونها لم تكن في الحقيقة الا بمعنى واحد ذلك هو الدور الخفي الذي يتقدم الشكل السريري في اكثر اشكال الزهري العصبي .

واذا رغبنا في المبالغة في الاقناع يكفينا القاء نظرة سطحية على مختلف ما دُوّن حديثاً في مبحث الامراض العصبية الروحية لنتبين ان كثيراً من العلماء اطلقوا على هذا الدور (الدور السابق للسريريات) اسماء مختلفة ؛

الدور السابق للشلل، السابق للسهام السابق للاعراض ، المتقدم ، السابق للعته، السابق لتشخيص الفلج العام وغير ذلك وما اختلاف هذه الاسماء إلاّ دليل واضح على امكان تشخيص باكر للاصابات العصبية الزهرية بتحليل المائع الدماغي الشوكي .

ان جميع هذه التعابير والمصطلحات مدعاة للنقد حتى (الدور السابق للسريريات) الذي استعملته منذ سنة ١٩١٤ فهي توضح ان الانذار اشد مما تدل عليه التفاعلات السحائية الخفية ، وفي الحقيقة فان كثيراً من هذه الآفات حتى الشديدة منها قد تبقى خفية مستترة مدة طويلة من الزمن ثم تمر الى التلاشي والاضمحلال دون ان تظهر بأقل عرض سريري وعلى العكس فان قسماً آخر منها قد يكون مقدمة للسهام او للفلج العام او لزهري سحائي عصبي منتشر والخ ولا يظهر سريرياً الاّ بعد أمد طويل .

يستبان من كل هذا اننا لا نملك حتى الساعة دليلًا اكيداً للتنبوء عن المنهاج الذي ستسلكه هذه الآفات حين ظهورها وجل ما يمكننا اثباته هو ان هناك آفة عصبية زهرية مختلفة الاتساع والدرجة ولا يمكننا ان نؤكد طرز نموها وانتشارها الا بصورة تقريبية مشكوك فيها .

وليس التعبير الالماني «Liquorlues» بأفضل من التعابير الاخرى لان الاصابة ليست في السائل الدماغي الشوكي بل الآفة في الجملة العصبية وما نراه من التفاعلات ليس الا انعكاساً في السائل الدماغي الشوكي زدعلى ذلك ان القائلين بهذا التعبير لا يعيرون التفاعلات الدموية اقل اهتمام مع ان لهذه التفاعلات اهمية كبيرة في بعض الحوادث لانها تأتي متممة للتناذر

الخلطي . وأرى من الصواب نبذ هذه التعابير التي لا تنطبق على الحقيقة في شيء والرجوع الى التعابير التي توافق ازمنة ظهور الاعراض واثباتها ، وقد كنا نحن اول من أظهر الامر حيوياً واما الآخرون فقد اظهروه سريرياً بعدنا فلمَ لا نميز اذن هاتين المرحلتين بالاسماء الآتية : الصفحة الحيوية للزهري العصبي ، والصفحة السريرية . ويمكننا في اليوم الذي نجد به الدليل القاطع لتميز هذه التفاعلات المسدفة بعضها عن بعض وما اذا كانت مقدمة للسهام او للفلج العام او أنها ستسير نحو الشفاء ان نتبع هذا التعبير او ذاك وذلك ما اراه الآن صعباً بل مستحيلًا ، وفوق ذلك فإن النظر الى مجرد الكلمة ثانوي لانها تتغير على ان الفكرة المستحصلة من هذه التفاعلات اهم واثبت لانها تستند الى حقائق لا جدل فيها ولا حوار .

ان التحريات الحديثة حول المعالجة بالبرداء حدت بالعلماء العصبيين والزهريين الى العمل معاً على كشف النقاب سريعاً عن هذا الطور المضغي الذي يمر به الزهري العصبي فالكل يسرع الى الاسترشاد بالبزل القطني ذلك النور الذي تضيع السريريات وحدها بدونه .

ولست ارى أظهر من هذا البيان لايضاح تفوق العلامات الحيوية على الاعراض السريرية ولا اثبت من هذا البرهان منذ بدء اشتغالي بدرس السائل الدماغي الشوكي ابان سير الزهري .

هذه هي مراحل تتبعاتي في هذا الصدد ولا بدّ من ذكر بعض المشاهدات الخاصة دعماً للقضية التي ادافع عنها .

(للبحث صلة)

ابحاث لغوية

للدكتور جميل الخاني الاستاذ في معهد الطب بدمشق

قد كنا اجبنا حين ابتداء صدور هذه المجلة ان ننبه فيها الى الاغلاط اللغوية التي ورثتها السنتنا معشر الاطباء بما ترك لنا العثمانيون من الكلمات المعوجة والمصطلحات المشوهة وكنا ذكرنا وقتئذ نبذة منها وقد وقعت اذ ذاك في نفوس محبي اللغة العربية ومناصريها ومريدي سلامتها من الفساد والتحريف احسن موقع ، ثم طرأت موانع حالت دون المثابرة على ما بدأنا به من تلك الخطة النافعة وقد رأينا مع ذلك كثيراً من تلك الكلمات المغلوطة أخذت تصلح بطبيعتها شيئاً فشيئاً تبعاً لقاعدة زوال السبب بزوال المسبب لكنه قد بقي منها ما لا يزال متأصلاً في السنة بعضنا مؤدياً الى تخديش الاسماع عند النطق بها فرأينا من الواجب ان نعود الى التنبيه اليها والله الموفق

❀ ❀ ❀

فمنها قولهم عظم العَقَب (بفتح العين والقاف) لمؤخر القدم وصوابه كسر القاف ويجوز السكون للتخفيف فتقول عَقْب وهي مؤنثة لا مذكرة فتقول عَقِب كبيرة لا عقب كبير ، واما العَقَب (بفتحتين) فهو العصب الذي تعمل منه الاوتار

ومنها قولهم وَرَك (بفتح الواو والراء) لما فوق الفخذ والصواب كسر الراء وقد تسكن مع فتح الواو وكسرها فيقال وَرْك ووِرك كما هو مطرد

على ما سنذكره في التفريع ، والوَرِك مؤنثة لا مذكرة ، واما الوَرَك بفتحتين فهو عِظَم الوركين فيقال رجل اورك اي عظيم الوركين

ومنها قولهم كُتُف (بضم الكاف والتاء) والصواب كَتِف (بفتح الكاف وكسر التاء) ولك ان تقول كَتْف وكِتْف ايضاً بسكون التاء وفتح الكاف او كسرها على الاطراد في التفريع كما تقدم في الورك والكتف مؤنثة لا مذكرة فيقال كتف عريضة لا عريض واما الكُتُف بالضم فلا معنى له

ومنها قولهم « نكْفة » بسكون الكاف لغدة ما خلف الفك والصواب « نكَفَة » بفتحها وينسبون الغدة اليها فيقولون « غدة نكفية » مع ان النكفة اسم لتالك الغدة فقولك غدة نكفية هو كما لو قلت للكبد غدة كبدية وهو غير صحيح لان الشيء لا ينسب الى نفسه

ومنها قولهم « رُضْفة » (بضم الراء وسكون الضاد) لغطاء الركبة من العظم ولا معنى له وانما الصواب « رَضَفة » بفتحتين على الاشهر او « رَضْفة » بالسكون . وان سكّنت الضاد في المفرد سكنتها في الجمع فتقول « رَضْف » وان فتحتها في المفرد فتحتها في الجمع فتقول « رَضَف » او « رَضَفات »

(التفريع في الاسماء الثلاثية المجردة)

فائدة . — لما كان في تفريع اوزان الاسماء الثلاثية المجردة بعض قواعد مطردة رغبنا ان نسردها اجمالاً تسهيلاً للقارىء ، اعلم ان للاسماء الثلاثية المجردة في كلام العرب عشرة اوزان منها ما لا يتفرع منه ومنها ما يتفرع منه فالاوزان التي لا يتفرع منها اربعة وهي « فَعَل » كقطن وقدم و « فُعَل »

كصُرد (وهو طائر) و « فِعَل» كمِعى « و فِعْل » كضِرس وضلع والتي يتفرع منها ستة

الاول « فَعِل » (بفتح الفاء وكسر العين) ككتف وفخذ ويتفرع منه وزنان وهما فَعْل (بفتح الفاء وسكون العين) وفِعْل (بكسر الفاء وسكون العين) فلك ان تقول في الكتِف ، كَتْف و كِتْف ، واذا كان الاسم حلقي العين كفخذ (*) جاز فيه وزن آخر وهو كسر الفاء والعين فتقول فِخِذ فيكون لهذا الاسم اصل وهو فَخِذ ، وثلاثة فروع وهي فَخْذ و فِخْذ و فِخِذ

والثاني « فَعُل » (بفتح الفاء وضم العين) كعضُد وعجُز ويتفرع منه فَعْل (بفتح الفاء وسكون العين) فتقول عَضْد و عَجْز

والثالث «فُعُل » (بضمتين) كعُنُق وأُذُن ويتفرع منه فُعْل (بضم الفاء وسكون العين) فلك ان تقول في العُنُق عُنْق وفي الأُذُن أُذْن

والرابع « فِعِل » (بكسرتين كأبِل ويتفرع منه فِعْل (بكسر الفاء وسكون العين) ومما جاء من ذلك الحِبِر (وهو القَلَح اي صفرة الاسنان) والابِط فيجوز الحِبْر والابْط والكسر في هذا الاخير ضعيف

والخامس « فُعْل » (بضم الفاء وسكون العين) كظُفْر ويتفرع منه فُعُل (بضم الاثنين) على لغة بني اسد فيجوز في الظُفْر ظُفُر الا ما كان صفة او معتل العين كحُمر وروح فلا يجوز فيه التحريك

والسادس « فَعْل» (بفتح الفاء وسكون العين) فما كان منه حلقي العين

(*) حروف الحلق الهمزة والحاء والخاء والعين والغين والهاء

كشَعْر وبحْر يتفرع منه فَعَل (بفتحتين) فتقول شَعَر وبَحَر

تنبيه. — ان جميع ما سردناه من التفريعات هو في لغة بني تميم الا تفريع نحو ظفر وشعر فالاول من لغة بني اسد كما مر بيانه والثاني مختلف في كونه تفريعاً ام لغة . واما اهل الحجاز فلا يتكلمون الا بالاصول وهي الافصح والاشهر

(بيان بعض الاسماء الثلاثية المجردة لاعضاء الجسم)

مما جاء على فَعْل مما يذكَّر : الوجه ، والرأس والحلق ، والشعر (ويتفرع منه شَعَر) ، والصدر ، والخد والانف ، والبطن ، والقلب ، والخصر ، والظهر (اما الظَهَر بفتحتين فهو اشتكاء الظهر) ، والثدي (والثَدَى لغة فيه) والفرج ، والجفن ، والنحر (وهو اعلى الصدر)، واللحي (وهو عظم الفك الاسفل) والزند، (ولا تقل زند بالكسر) والثرب، والبظر (ولا تقل بظر بالكسر) ، والكعب — ومما يؤنث منه : العين ، والكف

ومما جاء على « فُعْل » مما يذكَّر : الروح (وقد يؤنث) ، والصدغ ، والظُفر (ويتفرع منه ظُفُر بضمتين والظِفر بالكسر شاذ)، والشُفر (ويفتح وهو اصل منبت الشعر في حرف الجفن) ، والهدب (ويتفرع منه هُدُب بضمتين) : والرسغ ، والصلب (ويقال صَلَب بفتحتين وهو عظم من لدن الكاهل الى عجب الذنب) ، والحقّ (وهو مغرز رأس الفخذ في الورك) .

ومما جاء على « فِعْل» مما يذكّر : الضرس ، والقحف — ومما يؤنث منه : الرجل والضلع (ويقال ضِلَع بكسر ففتح وهو ضعيف)، والحِنب (وهو باطن الركبة — ومما يذكر ويؤنث : الابط (وحكي الابِط بكسرتين)

ومما جاء على « فَعَل » مما يذكر : الذقَن (ويقال ذِقَن بالكسر). والحَشى « وهو ما دون الحجاب مما في البطن » والثدى « لغة في الثدي » ، والركَب وهو « الفرج من الذكر والانثى » ، والقَرَى « وهو الظهر وقيل وسطه » ، والقَطَن « وهو ما بين الوركين » ، والصلَب « لغة في الصلْب » ، والصَلا « وهو وسط الظهر » ، والربَض « وهو ما تحوّى من مصارين البطن » والصفَن « وهو جلد الخصيتين ويقال له صفْن بالسكون ولا تقل صافن » « والنَسَى « وهو عرق من الورك الى الكعب ولا تقل عرق النسى لانه لا يضاف الشيء الى نفسه » ، والشرَج « ولا تقل شرْج بالسكون » — ومما يؤنث منه : القَدَم — ومما يذكر ويؤنث : القفا « والتذكير اغلب » ،

ومما جاء على « فُعُل » مما يؤنث : الاذن « ويتفرع منه أذْن بالسكون » — ومما يذكر ويؤنث العُنُق « ولك ان تقول عُنْق بالسكون تفريعا »

ومما جاء على « فَعِل » مما يؤنث : الكبد « ويتفرع منه كَبْد وكِبْد ، وحكي تذكيره » ، والعقب « ويتفرع منه عقْب وعِقْب » والفخذ « ويتفرع منه فَخْذ وفِخْذ وفِخِذ » ، والورك ، والكرش ، والكتف — ومما يذكر ويؤنث الرحم (والتذكير اكثر) ، ولك ان تفرع من جميع ذلك وفقاً للقواعد التي مر ذكرها ماشئت

ومما جاء على « فَعُل » مما يذكر ويؤنث العضد ، (ويقال عضْد وعَضِد وعُضُد) ، والعجز (ويقال عَجْز)

ومما جاء على « فِعَل » مما يذكر ويؤنث : المعى (والتذكير اكثر)

(بعض ما ليس ثلاثياً مجرداً من اسماء الاعضاء)

ما يذكر منه : الفم ، والحاجب ، واليافوخ، والدماغ ، والمنخر ،والفؤاد (وحكى بعضهم تأنيثه) ، والطِحال (بالكسر) ، والمزفق ، والعصعص ، والكرسوع (وهو رأس الزند الذي يلي الخنصر) والكوع (وهو طرف الزند الذي يلي الابهام) ، والحجاج ، والماق والموق (وهو طرف العين الذي يلي الانف) ، واللحاظ بالفتح او بالكسر (وهو مؤخر العين مما يلي الصدغ) ، والنخاع ، والمصير (وهو المعى) ، والناب ، والناجذ ، والضاحك، والعارض(وهو صفحة الخد) واللسان (وربما انث) ، والساعد— ومما يؤنث : الاصبع ، والساق،واليد ، والذراع (وقد تذكر) ، والسن ، والأنملة « سكّن نونها والفظها كيفما شئت وهي رأس الاصبع » ، واليمين، والشمال — ومما يذكر ويؤنث : الابهام « والتأنيث اكثر »



حفلة تكريم الاستاذين

مرشد بك خاطر ومنيف بك العائدي

اقام طلبة المعهد الطبي وفروعه في اليوم العاشر من كانون الثاني سنة ١٩٣١ تحت رعاية عميد الجامعة معالي الاستاذ رضا بك سعيد حفلة تكريم للاستاذين مرشد بك ومنيف بك بمناسبة سفرهما الى ديار الغرب للاطلاع على ما استحدث فيها في كلٍ من دروسهما. فكان هذا السفر الميمون واسطة ليظهر الطلبة ما تكنه افئدتهم من التقدير والاجلال لمعالي عميد الجامعة الكريم وللاستاذين المحتفى بهما

وما ان أزفت الساعة المعينة واقبل الاساتذة الى المدرج الكبير المعد لالقاء المحاضرات يتقدمهم معالي العميد حتى نهض الشاب المهذب السيد شفيق شحاده فأعلن افتتاح الحفلة واخذ يقدم الخطباء الواحد بعد الآخر وكان اولهم الشاب الاديب السيد مسلم القاسمي فالقى باسم طلبة الصف الخامس خطاباً نفيساً كان له اجمل وقع في النفوس دل على عبقرية كاتبه وشعوره الرقيق ثم تعاقبت الخطباء وهم السادة مدحت البيطار فخليل فطايري فابراهيم العمري والقى كل منهم خطاباً قوبل بالاستحسان .

وتلا الشاعر الاديب السيد ابراهيم يحي قصيدة رائقة من نظمه ضمنها عواطفه وشعوره نحو اساتذته والجامعة السورية قوطعت مراراً بالتصفيق.

وكان آخر الخطباء الشاعر الاديب السيد الرفاعي فتلا قصيدة عصماء من شعره الرائق اتى فيها على بيتين ضمنهما اسما معالي رئيس الجامعة والاستاذ الكريم مرشد بك وما كاد يتم تلاوة كل من هذين البيتين حتى دوت القاعة الفسيحة بالتصفيق وترديد كلمات الاستحسان وقد قوطع في قصيدته مراراً لما جمعته الى جزالة المعنى سلاسة الالفاظ

وكان يتخلل الحفلة انغام موسيقية تقوم بتوقيعها نخبة من طلبة المعهد ثم تلا الاستاذ منيف بك العائدي خطاباً ممتعاً شكر فيه الطلبة لما بدا منهم نحو معهدهم واركانه وارتجل بعدئذ الاستاذ مرشد بك خاطر خطاباً بثهم به ما يجيش في صدره من العواطف ، وكان خطابه هذا مسك الختام خرج على اثره المدعوون الى قاعة الاساتذة حيث اعد الطلبة مائدة حوت ما لذّ وطاب

« ش »

❀ ❀ ❀

الخطاب الذي القاه السيد مسلم القاسمي الطبيب الداخلي
في مستشفى المعهد الطبي العربي في حفلة وداع
وتكريم الاستاذين مرشد بك خاطر ومنيف
بك العائدي بالنيابة عن الصف الخامس

سادتي :

ذاع منذ شهرين بين طلاب المعهد الطبي العربي نبأ برقت له اساريرهم وخفقت له افئدتهم جذلاً وحبوراً. هذا النبأ هو سفر الاستاذين الدكتور مرشد بك خاطر والدكتور منيف بك العائدي الى ديار الغرب .

تطلعنا الى هذا الخبر فسررنا سروراً مازجه قليل من الالم : سررنا لعلمنا ان في سفر الاستاذين من الفوائد الجزيلة ما لا يعود الى شخصهما فحسب ، بل الى المعهد الطبي، الى الجامعة السورية؛ فهما رسولا علم سيحملان الى المعهد بعد حقبة من الزمن ثمرات قرائح الغربيين وزبدة اختباراتهم في الجراحة والغريزة .

وتألمنا لانهما سيغادراننا في وقت نحن في اشد الحاجة اليهما نحن طلاب الصف الخامس — فاليكما ايها الاستاذين أوجه خطابي واقول ان الفراق مؤلم . واذا علمتم ان الاستاذ من الطلاب بمنزلة الاب الرؤوف تصورتم مبلغ اللوعة التي ستحدثونها برحيلكم الميمون هذا وتحققتم اننا سنودعكم بطرف كليل ، ولسان متلعثم ، وكبد حرّى وجنان خفاق .

ليس ممن يحمل بين طيات دماغه عقلاً من ينكر اياديكم البيضاء انتم وسائر الاساتذة ، لا سبيل الى المحاباة في هذه الفينة ، ولنقل الكلمة الحقة: فانتم يا عميد الجامعة ويا معشر الاساتذة مفخرة هذه الديار ، وهذا المعهد مدين لكم ، وهؤلاء الاطباء العرب المنتشرون في شعاب الارض يبابها ومعمورها جلهم اشعة من شمسكم اللألاءة، هم قطرات آمال منتثرة من بحر علمكم الزاخر ، هم ابناء ابرار انحدروا من صلب هذا المعهد الرؤوم ، هؤلاء الاطباء الذين يغلي في رؤوسهم روح النشاط ويسري في عروقهم دم القوة ابوا إلا ان يقطعوا السباسب ويجتازوا الصعاب في سبيل تحقيق امانيهم المقدسة ، اعني بها خدمة الانسانية المتألمة ونشر العلم والفضيلة .

وها نحن سنقوم بدورنا بعد برهة من الزمن نتقدم للمعترك بما حبوتمونا

من علم وعرفان لنتحقق من فساد عضو ومواته فنشحذ من اجله مبضعنا البتار ؛ لنستمع آفات نافذة في اعماق القلب ، لنتبين عللاً مستكنة في تلافيف الدماغ وثناياه — فنصل بعلاجنا الناجع شغاف القلب ولب الدماغ .

لقد اخذنا على عاتقنا عهوداً تقضي علينا بتخفيف ويلات الانسانية : كالسهر على حياة المرضى ، ومؤاساة جراحهم ، والاصاخة لنجواهم ، هذا عدا الرفق بهم والعطف عليهم ، وايناسهم وايداع ارق واعذب الاحاديث في نفوسهم في وقت اقضت بهم مضاجعهم وبرحت بهم آلامهم فغدوا والبؤس حليفهم ، واليأس اليفهم ،لا يجدون في تلك الساعة ألذّ من ابتسامة مفترة عن ثغر براق يريقها الطبيب في محاجرهم وربما كانت هذه اقوى تأثيراً في بعض الاحايين على انجع الادوية .

يقضي الواجب علينا ان نخدم الانسانية انَّى حللنا وحيث رحلنا :سنسير لخدمتها على سواحل النيل وشواطيء الدجلة والفرات ، وصحراء البادية وفي قلب الجزيرة مهد العروبة والحضارة كما نخدمها على جنبات بردى المخضلة ، وفي سهول الفيحاء الممرعة ، وبين ربوعها الفتانة التي تجري من تحتها الانهار..!!

وبعد فان معهدنا الطبي يا سادتي هو المعهد الوحيد في الاقطار الذي يدرس العلوم باللغة العربية ولو لم يكن له من ميزة يباهي بها الا هذه لكفاه بذلك فخراً والتعليم بلغة البلاد كما لا يخفاكم هو من الاسس المتينة لاشاعة العلم الصحيح بين الافراد .

لم يقف معهدنا بنهضته في خدمة اللغة العربية عند حد بل قام بنهضة لغوية كبيرة قصية الشأن بهمة ضمتها صدور اساتذته الافاضل الذين يواصلون

ابحاثهم ومطالعاتهم بعزيمة لا تعرف الكلل ولا الملل فنحتوا واشتقوا وعربوا وترجموا ووضعوا من المؤلفات الخالدة ، والمصنفات القيمة ما يقف الانسان ازاءها موقف الدهشة والاعجاب .

لقد جاءت هذه النهضة المباركة سداً في وجوه الذين يحاولون ان ينتقصوا اللغة العربية ويصموها بالعجز ويرموها بالضعف. لقد كمّت افواه المتخرصين والمتنطعين وغيرهم من الافراد الذين طبعت نفوسهم على عدم الاكتراث بمقوماتها ومشخصاتها .

أجل ان العلم والعمل هما خير واسطة لانهاض الامم وفكها من قيود الجهل وصونها من براثن الانحطاط ، وفي امثال عميد جامعتنا وامثالكم معشر الاساتذة من حملة العقول الناضجة ، والادمغة النيرة ، ما يكفل لنا بلوغ امنيتنا ، لا زلتم ناشري ألوية الثقافة ، آخذين بساعد الامة الكليم ، ناهضين بهذا الوطن البائس ، وما زالت البلاد تتقدم بكم وبامثالكم الغر المحاميد ..

وليس بعيداً بعد هذا كله اذا رأينا الافراد قد شعروا بالواجب واخلصوا لقومهم ولغتهم واخذوا بنصيب وافر من العلم والاجتماع ان يبعث من جديد ذلك المجد العربي الاثيل الذي اسلم نفسه الاخير في سماء الاندلس ونحيا بعدها حياة ملؤها الرغد والهناء .

هذا ؛ واذا رأيتم يا سادتي اني اطلت عليكم الكلام فذلك لان الحقيقة قد انطقتني فالذنب لها دوني ، ولا لوم عليّ ولا تثريب .

لقد اتينا الى هذه الردهة لنحتفل باستاذينا ونقوم بوداعهما وتكريمهما ونحن على يقين اننا لم نقم بواجبنا كله ، اذ ساعة الوداع ساعة رهيبة ، تجيش

فيها النفس احساساً غريباً لا يقوى على تبيانه اللسان، وتفيض العيون عبرات سخينة لا يطفيء من حرها غير عبرات اللقاء، فالى اللقاء القريب الى اللقاء ..!!

❀❀❀

القصيدة التي القاها السيد ابراهيم يحيي في الحفلة التكريمية الوداعية بالنيابة عن اخوانه طلاب الصنف الثالث

وقفت وقد نادوا بمقترب البعد ... فوآدي بكفي والدموع على خدي
أأزجر نفسي ان تسيل صبابةً ... أأمسك قلبي ان يذوب من الوجد
نصحتهما الصبر الجميل فلم اطع ... ونصح اسير القلب في الصبر لا يجدي
وقات رويداً فالغريب ملوع ... وكل بعاد لا يدل على الجهد
هناك غريب في البلاد مشرد ... وآخر قد حث المطي الى المجد
فشتان بين اثنين هذا معذب ... وهذا قرير العين في القرب والبعد
ألا فاكففا ليس البكاء بنافعٍ ... وهذي الدنا تحتاج للقهر والجد
دوالي المعالي ليس يجني قطوفها ... سوى سيد حر كريم الثنا جلد
يرى الفخر والعلياء بالعلم والحجى ... ولو برزت دون الحجى ظلمة اللحد
فتى لم يكن للياًس قط بنفسه ... ولكن شديد العزم في همة الاسد
دعته اليها الواجبات فلم يكن ... قعوداً ولا عكلاً ولا قابل الرد
ولو كل فرد قام فيما سعى له ... لعاشت جميع الناس في الخير والرغد
ولا هان مغلوب ولا عز غالب ... ولا دان حر للئيم وللوغد
ولا حكمت في الناس شر عصابة ... ولا كان من مولى ولا كان من عبد
ولا امة عاشت بخير ونعمة ... واخرى تقاسي الذل في الغل والقيد

❀❀❀

وليس بعار ان يقال تأخروا ... ولكن كل العار في الجبن والحقد
وبالضعف عن تتميم كل مهمة ... اضعنا لها الساعات بالدرس والنقد

كفى الشرق آلاماً وهماً ومحنةً كفى الشرق فخراً بالقديم وبالجد
متى يصبح الشرق المقدس منهلًا كما كان للوراد في سابق العهد
محط رحال العلم والفضل والهدى وشمس رشاد للفرنسي والهندي
بلى ذاك ميسور ولكن دونه صعاب لدى الابطال احلى من الشهد
فهيا اجيبوا داعي المجد والملا وحيوا معي من سار في ذلك القصد
رجال دروا ما الواجبات دعتهم اليه فلبوها مع الشكر والحمد
فان يجهدوا فيما تصدوا لنيله فذا بعض ما نرجوه من واجب الفرد
وذلك جهد اولي بطبعه سيعقبه جهد يفوق عن الحد
كفى فيه نفعاً انه خير موقظٍ لكل نؤوم ضل عن منهج الرشد

❀ ❀ ❀

على الطائر الميمون يا خير سادةٍ وبالخير والاقبال والفوز والسعد .

❀ ❀ ❀

الخطاب الذي القاه السيد عبد الوهاب العمري في الحفلة الوداعية التكريمية بالنيابة عن طلاب الصنف الثاني

ارى الواجب يدعوني قبل ان ابدأ كلامي هذا ان استهله بحمدالله العظيم الذي انعم علينا بهذه الجامعة السورية التي جمعت شتاتنا ووحدت كلمتنا وبشكر معالي عميدها الفاضل سعادة استاذنا المعظم الدكتور رضا بك الذي اوجد لنا بفضل ما بذله من المجهودات هذه القاعة الرّحبة ، وهي مأثرة فوق مآثره التي اعد منها ولا اعددها، والتي كانت العروة الوثقى والصلة المستحكمة بيننا نحن معاشر الطلاب وبين اساتذتنا المحترمين حيث امكننا التعبير عن شعورنا وبث عواطفنا نحوهم وبهذا ما به من الأثر الطيب في

النفوس والذكر الحسن في القلوب . فموقفنا اذاً ايهـا السادة نحن معاشر الطلاب على منصة خطابة الجامعة نعده فجر يوم تاريخي في حياتنا الطبية ، وان هذا اليوم المبارك بل هذا اليوم السعيد ، هو اليوم الذي نجتمع فيـه لأول مرة لوداع استاذين من اساتذتنا المحترمين قبيل سفرهما الى فرنسة للبحث والتنقيب بما سيعود علينا نفعه وخيره .

نعم يا سادة الموقف موقف وداع . وليس موقف خطابة وفي كليهما لا يستطيع مثلي الوقوف . ولكن كما قلت هو موقف وداع وتكريم . وبالأحرى فهو موقف عاطفة . واني كأحد ابناء هذين الاستاذين المحبوبين فلن اعدم عاطفة تنوب عني ببث مـا يجول بنفسي وينطوي عليه فؤادي من الحب الخالص ، والأخلاص العميق ، انا وجميع رفاقي ابنـاء الصف الثاني طبيب .

فعلى الطائر الميمون ايها الاستاذان الكريمان وليحرسكما الله في حلكما وترحالكما ، اذهبا الى اوربة واجهدا في سبيلنا . واعملا على صالحنا . وثقا اننا لن نفتر ساعة واحدة عن التضرع اليه تعالى ان يردّكما الينا سالمين وان يديمكما في صحة تامة .

اذهبا الى الغرب . وفاخرا بعروبتكما . وقولا لهم اننا جادون في سبيل العلم واننا سنلحق بهم وشيكا ، ان لم يكن اليوم فسيكون غداً وان غـداً لناظره قريب .

اننا سوف نرجع ما كان لآبائنا من المجد والرقي وليعلموا اننا امة حية ، امة تقدر العلم والعلماء . امة ستبرهن لاوربة غداً كما برهنت لها بالامس

الغابر كيف تذلل العقبات وترتق الصعاب

نعم ايها الاستاذان الكريمان — ان فراقكما سيخلف في القلب لوعة وفي النفس أنّة . ولكن ما هي الا بضعة شهور حتى نراكما بين ظهرانينا شمسين طالعتين تمليان علينا مبادىء العلم الصحيح والعمل الحقيقي .

وختاماً فاني اذكركما ان هنالك مئة قلب ونفس تطالبكما بمستقبلها ومصيرها فاعملا على خدمتها وصونها . واعلما انكما مسؤلان امام الله انتم وبقية اساتذتنا المحترمين عن هذه النفوس العطشى والقلوب الملتهفة للعلم والعمل واسأل الله ان يأخذ بيدكما الى ما انتدبتما اليه وتكبدتما السفر في سبيله انه خير مسؤول . وهو نعم المولى ونعم النصير

✿ ✿ ✿

القصيدة التي القاها السيد عبدالله الرفاعي في الحفلة التكريمية الوداعية بالنيابة عن اخوانه طلاب الصف الاول

كفكف الدمع واصبر كي تودعهم فالدمع عند رحيل القوم ينسكب
واهنأ بها ساعة وامرح بها طرباً فالشمس تظهر حيناً ثم تحتجب
اين الشموس تطالعنا ببهجتها من الشموس تولي وهي تغترب
هذي بها سرها يحلو بشرقها وتلك مشرقها يحلو ولا عجب

❁ ❁ ❁

غريزة في الفتى مد اليدين الى شهب السماء فتأتي نحوه الشهب
فيمتطيها لنيل العز صاغرة وتدفع الضيم عن اوطانه القضب

❁ ❁ ❁

بخاطري من اذا جرح اصاب فتى يبيت يرشدنا عما له يجب

واليوم يجرحنا والجرح بالغة هيىء دوائك ان الجرح يلتهب

❀ ❀ ❀

لا تجزعان من الايام ان لها عوداً كما انها للغير تنقلب
وسوف يبعث فينا كل جهبذة يحيي ابن سينا وتحيي رشدها العرب
سيرا الى قطف في الغرب دانية هزا بجزع لها تتساقط الرطب
ثم احملاها لنا من كل فاكهة زوجان تحيي نفوساً شفها سغب
سيرا الى الغرب حباً في حضارته سيرا الى الغرب لا يونيسكما تعب
قولا ان استعطفا في الشرق جامعة (قلب العدوّ عليها خافقاً يجب)
رئيسها للعلا يبني دعائمها سعيدها بالرضا من جده يهب
لا ينكر الفضل الا من به عوج ويجحد الخير من في قلبه وصب
يبقى حليف الأسى والنار في وهج ترعى ضلوعاً له والنفس تضطرب
من بان عنه حبيب بات يعبده حتى يعود هناك الرقص والطرب



صناعة الورق

للدكتور في الصيدلة صلاح الدين مسعود الكواكبي

بلغنا ان فريقاً من اولي العزم مع نفر من ابناء الوطن الغيورين — بعد ما رأوا من نجاح شركتي ماء الفيجة والشيمنتو — يوالون عقد الاجتماعات يتداولون فيها الرأي في تأليف شركة لتأسيس معمل لصنع الورق يؤيدون بعملهم هذا للمكابرين من جهة ان الشرقي لا يقل في هذه الاعمال العظيمة عن الغربي خبرة وإقداماً ؛ ويحفظون لبلادهم من جهة أُخرى ثروتها من التسرب في ايدي الاجانب .

فرأينا والقلب يخفق جذلاً لهذه الحركة المباركة والنفس تنتعش أملاً لهذا التسابق الحميد الى المشاريع الاقتصادية الصناعية مما يبشر بمستقبل زاهر بهذه البلاد المنكودة الحظ التي لا تقل كنوزها المدفونة وجواهرها المكنونة عما في بلاد الغرب ، نقول رأينا والحالة هذه ان نقوم باداء قسطنا من الخدمة بالبحث في هذه الصناعة بحثاً ضافياً وتقديم نشرها على صفحات مجلة المعهد الطبي الغراء قبل غيرها من الابحاث الصناعية الفنية التي وعدنا القراء بها عسى ان يكون مما نكتب فائدة للقائمين بهذا المشروع الاقتصادي الصناعي الخطير سائلين لهم التوفيق والنجاح فيما هم ماضون اليه بعزم لا يطرقه الوهن وهمة لا يصدعها الكلل .

البحث الأول

في السلولوز وخواصه

السلولوز هو المادة الاصلية التي تؤلف الالياف المستعملة في صنع الورق يوجد في النسج النباتية كالنسيج الخلوي والنسيج الليفي والنسيج الوعائي مع مواد شتى نحو البكتوز والفاسكولوز والاصباغ والماء وغيرها . ففي بدء التكون يؤلف محيط الخلايا الفتية في جميع النباتات ويكون رقيقاً ثم يغلظ كلما كبرت الخلية ويستحيل الى الياف او اوعية وتلتصق به مواد شتى تجعله متيناً صلباً . صيغته الموجزة $(C_6H_{10}O_5)^x$ وهو من صنف ما آت الفحم . واما صيغته المنشورة التي وضعها غرين وبركين فهي

```
OH
|
CH--CH- CH--OH
|    |    |
|    O    O
|    |    |
CH--CH-- CH2
|
OH
```

وهي توافق، كثيراً من التفاعلات الكيمياوية لا سيما الاترجة (éthérification) لكن انواع السلولوز العديدة تختلف بعضها عن بعض بخواص لا يمكن عزوها الى فروق فيزيائية فحسب . وتجمع هذه الانواع كلها خاصة عامة هي كون السلولوز على اختلاف انواعه لا يذوب في المذيبات المعروفة ولا يستحيل بالاماهة الى اجسام من زمرة الغلوكوز (سكر العنب) .

القطن (Gossipium indicum) هو اصفى انواع السلولوز لخلوه من

المواد الغريبة . اما الانواع الاخرى فتوجد متحـدة باجسام شتى وتؤلف السلولوز المركب (composées) .

انواع السلولوز كلها جعلت في ثلاثة صنوف :

الصنف الاول — السلولوز الخشبي (Ligno-celluloses) — وهو ما يؤلف محيط الخلايا والنسج الخشبية كالحطب وتكون الاقسام اللاسلولوزية فيه من زمرة ستوهكزين (Cétohéxènes) نحو : القنب الهندي(Jute) .

الصنف الثاني — السلولوز اللزوجي المخاطي Pectomucó-celluloses وهو ما يؤلف النسج النباتية وتكون الاقسام اللاسلولوزية فيـه سهلة الانقلاب بالاماهة الى مشتقات ذوابة وزنها الذري اقل مما للسلولوز، ومن زمرة المركبات اللزجة والسكاكر المسدسة نحو الكتان والقنب وكشة العجوز ولعاب السفرجل .

الصنف الثالث — السلولوز الشحمي والسلولوز الجلدي (السنفي) (adipo et cuto-celluloses). — وهما من مواد النسج البشرى (السنفي) والفلّيني . والسلولوز فيهما يكون متحداً باجسام دسمة وشمعية وبوزن جوهري اعظم . كالفلين والبطاطا وسلولوز الخمائر .

السلولوز الصافي . — خير الطرق للحصول على سلولوز صاف هـو اخذه من الياف القطن او لب البيلسان بعد غليه في محلول الصود ١ — ٢ بالمئة وغسله بالماء العادي ثم بماء الكلور . وتذاب المحاصيل المتكونـة من اللاسلولوز بمحلول قلوي حار من كبريتيت الصوديوم او لحماة الصوديوم او ماآة الصوديوم .

فالسلولوز الناتج يكون مادة بيضاء لا رائحة لها ولا طعم بثقل نوعي ١,٢٥ — ١,٤٥ وتحتوي على ١,٠ — ٤,٠ بالمئة من الرماد .

يحتوي القطن على ٩١ بالمئة تقريباً من السلولوز . وبقطع النظر عن الرماد يتركب القطن من :

٤٤,٢	بالمئة	من الفحم
٦,٣	«	« الهدرجين
٤٩,٥	«	« الاكسجين

فصيغته اذن هي بشكل $(C^6H^{10}O^5)^n$. على انه نظرياً يجب ان يحتوي:

٤٤,٤٤	بالمئة	من الفحم
٦,١٧	«	« الهدرجين
٤٩,٣٨	«	الاكسجين

اما تركيب القطن الخام فهو :

٠,١٢	بالمئة	رماد
٧,٠٠	«	ماء
٩١,٣٥	«	سلولوز
٠,٤٠	«	دسم
٠,٥٠	«	مواد ازوتية
٠,٧٥	«	مواد شتى

السلولوز يحتوي ٦ — ١٢ بالمئة من الماء الذي يفقده في حرارة قدرها ١٠٠ درجة ويعود فيجذبه اذا وضع في مكان رطب .

يستحيل السلولوز استحالة كيمياوية :

١ً — بفعل القلويات ويكوّن السلولوز القلوي (hydracellulosés)

٢ً — « الحموض ويكوّن السلولوز المائي (hydroclluloses)

٣ً — « المؤكسدات ويكوّن السلولوز المؤكسج (oxycelluloses)

« للبحث صلة »

الجزء ٣ المجلد ٨

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في اذار سنة ١٩٣١ م الموافق لشوال سنة ١٣٤٩ هـ

الضنك

محاضرة أعدها الدكتور مرشد خاطر الاستاذ في معهد الطب بدمشق ورئيس انشاء هذه المجلة لتلقى في كلية القديس يوسف في بيروت بناءً على اقتراح المفوضية العليا بتبادل المحاضرات العلمية بين معاهد دمشق وبيروت وقد عين المومأ اليه حينئذ ليمثل معهد الطب والاستاذ عثمان بك سلطان ليمثل معهد الحقوق فالقى الاستاذ عثمان بك محاضرته في الموعد المضروب وكان موعد القاء محاضرة الاستاذ خاطر في اليوم الاول من ايار المنصرم غير ان ظروفاً لا حاجة الى ذكرها هنا حالت دون القائها فرغبنا في نشرها لان فيها ما يفيد القراء الكرام

« المجلة »

سادتي :

تركت دمشق وجنائنها الغناء واتيت عاصمتكم التي نسجت لها ايديكم النشيطة حلة قشيبة من البهاء ، تركت دمشق وفي نفسي من الذكريات ما يحرك عواطفها واتيت بيروت مدينة العلم وفي قلبي من الحنين اليها وهي

البلد الذي ترعرعت فيه ما لا يدرك شدته غير النائي البعيد ، تركت عاصمة الامويين التي ينساب فيها بردى الهادي واتيت بيروت الرابضة على شاطيء بحركم الصاخب ، تركت معهد الطب العربي وقد عهد الي بمهمة ارى نفسي سعيداً بالقيام بها وجئت هذا المعهد الزاهر وأملي عظيم بحلمكم انكم تتجاوزون عن قصوري اذا لم أف الامر الذي انتدبت له حق الوفاء .

وليست غايتي ايها السادة ان انقل اليكم علماً جديداً او فناً حديثاً بل غايتي ان أبلغكم عواطف تجول في قلوب اساتذة معهد دمشق وتلامذته وان احمل اليكم ان معهد دمشق يرمي في عمله الى الغاية التي يرمي اليها شقيقاه الفرنسي والاميركي في بيروت، هما يقومان في هذه المدينة باعداد العقول لخدمة البشرية المتألمة وهو يقوم في دمشق بالمهمة نفسها ومتى كانت الغاية واحدة كان تجانس في العمل ولو تنوعت الطرق المفضية اليه فما اللغة الفرنسية ولا الانكليزية ولا العربية لغات هذه المعاهد الثلاثة بالعامل الذي يؤثر في جوهر العمل الذي اختطه لنفسه كل من هذه المعاهد الطبية بل اللغة وسيلة موصلة الى الغاية الواحدة وهي تعليم الطب وتثقيف العقول واذا كان للغات الاوربية من فرنسية وانكليزية وسواهما خدمة كبيرة للعلم لا ينكرها ذوو البصيرة فان للغة العربية فضلاً على العلوم والفنون لا تزال بطون التاريخ ملأى بامجاده وان لغة كهذه كانت فيما مضى المرجع الوحيد الذي دعا اليه الغربيون في نهضتهم يحق لها ان تحيا حياتها العلمية وان تماشي هذه اللغات الحية بعد ان اوقفتها يد غاشمة وشلت حركتها بضع مئات من السنوات .

فاذا نفخ المعهد الطبي العربي بدمشق روح الحياة في هذه اللغة الشريفة واعاد اليها سابق مجدها فيكون قد نفخ روح الحياة في الامة العربية جمعاء لان حياة الامم بعلومها واذا ما أحيي موات هذه اللغة العزيزة لغة السلف المجيد مستفيداً من نهضة الغرب الحاضرة ومقتبساً من لغات ابنائه واتخذها لغة التدريس فيه فيكون قد اتى عملاً مجيداً يستحق الاكبار والاعجاب وهو لا يرمي بعمله الى منافسة بل الى خدمة بلاده ولا يلام من خدم بلاده بترقية لغتها العلمية .

اقول هذا لأبين لكم ايها السادة ان معهد الطب بدمشق تحركه العواطف التي تحرككم وان عمله متجانس كل التجانس مع عملكم لان العلم رابطة قوية تربط العقول المتنافرة بمبادئها وتؤلف القلوب المتباينة بنزعاتها ، هو الصلة التي لا يقوى اعظم العوامل على حلها ولا تجرؤ اشد القوى على مسها .

فاذا جئت من دمشق لاحادثكم في هذا المساء ولم أجن من مجيئي الا هذه الفائدة فقط عددت نفسي سعيداً لبلوغي اياها. اننا لبينا طلب فخامة المفوض السامي للجمهورية الفرنسية وسررنا لاقتراحه بتبادل الاراء العلمية بين الداخل والساحل وقد شاء معهدنا الطبي ان يشرفني بهذا التعيين وان اكون موفده الاول الذي ينقل اليكم ان لم يكن علماً فسلاماً وتحية واننا لنجذل ونسر ان نسمع بين جدران جامعتنا اصواتاً تعودنا سماعها ونحن في هذا المعهد الزاهر وان نرى الوفاق العلمي مخيماً يرفرف بجناحيه على المعاهد العلمية السائرة ولست اظن ان تمنياتنا تباين تمنياتكم بل ان العواطف

التي تحرك قلوبنا تحرك قلوبكم ايضاً .

أرى واجباً يدعوني قبل الدخول في الموضوع الى توجيه كلمة لا استطيع ضبطها لانها لا ترغب الا في الافلات مني وهذه الكلمة هي شكري الجزيل للاباء اليسوعيين الافاضل الذين شاؤا ان يفتحوا لنا في هذا المساء ابواب معهدهم الزاهر . واذا نطقت بهذه الكلمة ورفعت اليهم عواطفي الخالصة فلا اكون قد قمت إلاّ ببعض الواجب الذي يترتب على تلميذ قديم عارف للجميل اداؤه نحو فئة عالمة كالآباء اليسوعيين اخذوا على عاتقهم منذ وطئت اقدامهم هذه الديار نشر العلوم والمبادىء القويمة بيننا واذا لم ينطق لساني بهذه الكلمة نطقت بها الآثار المجيدة والاعمال الجليلة التي تركوها حيث حلوا وأين ساروا .

اما بعد هذه المقدمة الموجزة فاسمحوا لي ان اتناول البحث الذي اخترته موضوعاً لكلامي في هذا المساء .

بعد ان عهد اليّ عميد جامعتنا الفاضل الاستاذ رضا بك سعيد بهذه المهمة اللذيذة والشاقة معاً فكرت ملياً في الموضوع الذي أكلمكم فيه فوقع اختياري اخيراً على ضنكنا السوري وقد انتقيت هذا الموضوع مع تعدد الموضوعات الطبية وتنوع فوائدها لاسباب أرى في سردها بعض الفائدة :

اولها لان الضنك موضوع يجد فيه الزملاء الكرام ومن لا ينتسب الى الطب من مستمعيّ الافاضل فائدة ولذة لانهم جميعهم يتمكنون من تتبع الموضوع والاحاطة به كيف لا وتفهمه لا يستدعي اختصاصاً كالموضوعات الطبية العالية .

وثانيها اهتمام العالم الطبي بهذا الداء : بعد ان تفشى الضنك تفشياً راعباً في الجمهورية اللبنانية وسورية سنة ١٩٢٧ اعقدت جمعية الاطباء والصيادلة الموقرة في هذه المدينة الزاهرة اجتماعاً في السابع من كانون الاول من السنة نفسها وناشدت الحكومة الساهرة على صحة ابنائها ان تكافح البعوض المكافحة الشديدة وتقضي عليه منعاً لعودة هذا الوباء الذي اكتسح السواحل والصرود والجرود ولم يرحم شيخاً ولا شاباً ولا طفلاً فوقع نظري حينذاك على ماقررته الجمعية في تلك الجلسة ولما كان الضنك قد تفشى في دمشق وضواحيها تفشياً لا يقل عن تفشيه في بيروت وكنا قد راقبنا طرز انتشاره عن كثب راعنا ذلك الوباء الجارف الذي شلّ حركة المدينة في مدة لا تنيف على اسبوعين واجبر الالوف المؤلفة على ملازمة أسرّتهم فخالجنا الشك في طريقة انتشاره بالبعوض حسبما هو معروف عن ضنوك البلاد الحارة فنشرنا في الجزء الثامن من المجلة الطبية العلمية التي تصدر عن بيروت لصديقنا الدكتور غصن رأينا في تفشي الضنك وانضمّ الينا زميلنا في المعهد الطبي العربي الاستاذ ترابو فكان بيننا وبين زملائنا البيروتيين حوار علمي لذيذ مفيد لا ارى حاجة الى تفصيله وقد اطلع عليه السواد الاعظم منكم ولم ينحصر هذا الجدال في البلاد السورية فقط بل تجاوزها الى مصر فتناوله المؤتمر الطبي الذي عقد في القاهرة في كانون الاول من سنة ١٩٢٨ ثم لم تلبث جرائد الغرب ان أخذت الموضوع بعد ان خصصت النشرة الطبية (Bulletin Médical) التي تصدر عن باريس جزأً خاصاً به صدر في الرابع عشر من ايلول سنة ١٩٢٩ وعهد بجمع مواده الى الاستاذ ترابو وقد ذكر فيه آراء الاطباء اليونانيين

والمصريين والدمشقيين الذين شاهدوا الضنك بانفسهم ودونوا عنه ما صادفوه من اعراضه وطرز تفشيه .

وبعد ان نشر هذا الجزء رأينا الاستاذ تانون من معهد باريس يدبج في الجزء العاشر من مجلة الطب الباريسية مقالاً افتتاحياً عن الضنك يحلل به ما كتب عن هذا الوباء في السنتين المنصرمتين فلم يعد الموضوع والحالة هذه موضوعاً منحصراً في البلاد العربية واليونانية فقط بل تعداها فاهتمت به صحافة باريس وكبار أساتذتها .

وثالثها ظهور الوباء في بلادنا السورية وأَضنا كه لنا وهل أَحق منا ونحن ضحيته من ان نهتم به ونخصص به الابحاث الطويلة الضافية ونوقف على دقائقه وما خفي منه اطباء البلدان الاخرى الذين يسمعون به ولا يرونه ويدونون في مؤلفاتهم عنه ما قرأوه بل هل أَجدر من ابناء سورية ولبنان بهذا الدرس وقد غشي هذا الداء بلادهم المرة بعد المرة فكان يذيق الاهلين من مرارته علقماً ؟

واذا تصفحنا تاريخ الضنك وفي تصفحه صعوبات جمة لان بعض الوافدات التي ذكرت عنه لم تكن ضنكاً بل كانت من نوع حمى الايام الثلاثة واعتمدنا في تفريقها عن وافدات الضنك بخلوها من النفاط ومدة حماها التي لا تتجاوز ثلاثة ايام قلنا ان الوافدة الاولى التي يروي التاريخ الطبي ظهورها في سورية بدت سنة ١٨٨٤ ثم اختفى هذا الوباء عنها ولم يعد اليها الا سنة ١٩٠٤ وغرب ثانية ثم عاد الى الظهور سنة ١٩١٤ وفي سنة ١٩١٧ ظهر الضنك في دمشق وتقلص ظله عنها حتى كانت وافدته الشديدة سنة

١٩٢٧ اذ ظهر اولاً في بيروت وانتشر منها الى دمشق وشلّ الحركة في احد احيائها باسبوعين ونال سكان حي باب توما من هوله ما نالكم منه وان مرضاً كهذا تتوالى وافداته الواحدة تلو الاخرى يسترعي الانظار ويستحق ان نخصص به بحثنا في هذا المساء .

ورابعها هو كوننا قد أثرنا شرارته الاولى في هذه المدينة واعني بذلك اننا قد أبدينا رأينا في طريقة تفشيه وفرزه عن ضنوك البلاد الحارة لاسباب سنوردها في سياق كلامنا فقد نبه الى هذا الامر قبل كل أحد الاستاذ ترابو في مقالات نشرها عن الضنك وحمى الايام الثلاثة في عدة مجلات(١) ولا سيما مجلة الطب الباريسية ثم اننا على اثر وافدته الاخيرة سنة ١٩٢٧ كنا من المدافعين عن هذا المبدإ وقد نشرنا المقالات العديدة الضافية في المجلة الطبية العلمية ومجلة معهدنا الطبي بدمشق ومجلات اوربة . وان موضوعاً كهذا بعثناه من لحده وحملنا الاطباء في البلاد العربية اللسان والبلاد اليونانية على قتله بحثاً لموضوع يلذ لنا ان نختاره دون سواه ونفضله على سائر الموضوعات الاخرى .

هذه هي الاسباب الاربعة التي دعتني ايها السادة الى اختيار هذا الموضوع ولست أظنكم أقلّ شوقاً مني الى الاطلاع على نتائج ابحاث قام بها نطس الاطباء ثلاث سنوات متواليات فكان من ابحاثهم ان ارسلوا نوراً بددوا به بعض الظلمات التي تكتنف هذا الداء الغامض . واذا لم يتوصلوا حتى

---

(1) Archive de Médecine et de Pharmacie militaire (janvier1925)
Société de Médecine militaire (février 1925)
Journal «La Médeçine»(déçembre 1925)

الآن الى كشف جميع دقائقه فلنا ملء الامل ان المستقبل يفسح لهم المجال لبلوغ هذه الغاية بعد ان تنبهت افكارهم الى هذا الامر .

اما الآن وقد سردت الاسباب التي دعتني الى انتقاء هذا الموضوع فانني أَحصر كلامي عن الضنك بامرين فقط لان الاحاطة بالموضوع من جميع جهاته يستدعي وقتاً طويلاً لا ينفسح له مثل هذا المقام :

الامر الاول : فرز الضنك عن حمى الايام الثلاثة والضنوك الاخرى المسماة الضنوك الموهمة او ضنوك البلاد الحارة . والامر الثاني : انتقال الضنك وطريقة تفشيه .

اما تمييز الضنك عن حمى الايام الثلاثة فأَمر لا أَرى الكلام عنه فضولياً لانكم اذا كنتم تضعون الآن حداً فاصلاً بين هذين الدائين المختلفين فان من المؤلفين الاعلام من لا يزال يعدهما حتى اليوم مرضاً واحداً واثباتاً لكلامي أُورد لكم التحديد الذي يحدد به الاستاذ غرن (Garin) من ليون الضنك وهذه ترجمة كلامه : « ضنك بحر الروم يظهر بمظهر حمى الايام الثلاثة ويؤذي البنية العامة اذية متفاوتة الشدة ويحدث الصداع والوعك وقد يبدو فيه نفاط بدون تبدلات دموية » واذا شئتم زيادة على ذلك ذكرت لكم ايضاً ما جاء به احد اساتذة باريس في مؤلفه الحديث عن التربية السريرية فقد قال ما هذا نصه : « ضنك بحر الروم أَو حمى الايام الثلاثة او حمى السكيت مرض وبأي يفد في بدء الفصل الحار منذ ايار حتى حزيران وقد تستمر زمن وافدته الصيف كله حتى نهاية ايلول في اليونان ومكدونية وآسية الصغرى ومن صفاته الاساسية ظهور النفاط الحصبي او القراصي الشكل »

ترون ايها السادة ان الوصف الذي جاء به الاستاذ الباريسي ينطبق تمام الانطباق على ضنكنا السوري غير انه قد خلط في بدء مقاله الضنك وحمى الايام الثلاثة ولم يميز احدهما عن الآخر ولعلّ الخطأ الذي وقع فيه هذان الاستاذان وغيرهما من المؤلفين الذين اضرب صفحاً عن ذكر اسمائهم خشية التطويل قد تسرب فيهم من البلاد التي يغشاها المرضان في آنٍ واحد فاذا كان اساتذة لهم مقامهم العلمي لا يزالون يمزجون الضنك وحمى الايام الثلاثة على الرغم من الهوة السحيقة التي تفصل احد هذين المرضين عن الآخر فلست ألام اذا ما خصصت بضع دقائق من الوقت للكلام عن هذا الامر.

واذا ذكرنا الضنك وحمى الايام الثلاثة وجئنا على تمييز احدهما عن الآخر كان لنا ان ندير ألحاظنا الى علم من اعلام هذا المعهد الزاهر الى استاذ كبير اضطره وقر الشيخوخة الى التنحي عن العمل بعد ان خلد له في هذه المدينة أثراً علمياً لا يمحي وأظنكم سادتي قد ادركتم من اعني انني اعني استاذي العالم واستاذ عدد عديد من اطباء هذه البلاد والبلدان المجاورة انني اعني الاستاذ دبرون وارفع له من على هذا المنبر أخلص عواطف الشكر للشعاع الثاقب الذي وجهه الى هذين المرضين فبدد به ما يكتنفهما من الغموض وان المقالات (*) العديدة التي دبجتها يراعة استاذنا الكبير والمقالتين المستقلتين اللتين خصص احداهما بالضنك والثانية بحمى الايام

(*) أ — مجلة الطب (Revue de Medecine) (آب ١٨٨٩)

ب — كتاب امراض البلاد الحارة مجلد (١) ص ١٣٨

ج — محفى الطب (٦ آب ١٨٩٣)

د — رسالة الطب الحديثة لروجه وفيدال وتسيه مجلد (٢) الصفحات (٧٤١—٧٥٨)

الثلاثة في رسالة الطب الحديثة لروجه وفيدال وتسيه لاكبر دليل على ان لاستاذنا الشيخ الفضل الاكبر في جلاء هذا الغموض .

وقد جدّ الاستاذ ترابو منذ مجيئه لسورية في حفر هوة عميقة بين هذين المرضين ونشر مقالات (*) عدة مبيناً الفروق الكبيرة بين هذين الداءين حتى اصبحت هذه القضية مسلماً بها لا ينكرها الا البعيدون عن البلاد الموبوءة بهذين المرضين الذين لا تزال الاوهام القديمة متغلبة على عقولهم ولعلّ في ذكر الفروق التي تميز حمى الايام الثلاثة عن الضنك بعض الفائدة:

المدة تستمر الحمى في الضنك من ٥ — ١٥ يوماً وتسقط تدريجياً ؛ اما في حمى الايام الثلاثة فمدتها أقل من ثلاثة ايام وقد ترتد هذه الحمى بعد ١٢ أو ١٨ يوماً والاستاذ دبرون لم يذكر ارتدادها .

النفاط في الضنك نفاطان نفاط ابتدائي ارجواني ونفاط ثانٍ شبيه بنفاط الحصبة مع حكة وتقشر ؛ اما حمى الايام الثلاثة فلا نفاط فيها .

الظهور يظهر الضنك في الصيف غالباً ظهوراً متقطعاً ؛ اما حمى الايام الثلاثة فتظهر كل السنة في الاقاليم الحارة ومدة الصيف فقط في الاقاليم المعتدلة

التفشي الضنك مرض وبائي ولا اقول الآن شيئاً عن طرز تفشيه لانني ساذكر هذا بعد حين؛ وحمى الايام الثلاثة مرض فصلي غير سارٍ من الانسان الى الانسان ينتقل بالبعوض السكيت او الجموش .

(*) أ — حمى الايام الثلاثة وحمى الضنك في سورية (مجلة المعهد الطبي العربي) (مجلد ١ ص ٥١٣)

ب — لمحة انتقادية عن الضنك (مجلة المعهد الطبي العربي) (مجلد ٤ ص ٤٥٨)

العراقيل : عراقيل الضنك وان تكن خفيفة لا تنكر ، اما حمى الايام الثلاثة فلا عراقيل لها بل هي مرض يعد البنية لتعفنات أخرى .

❀ ❀ ❀

فهذه الصفات على ما أرى كافية لتفريق احد المرضين عن الآخر .

أَعود الآن الى تمييز ضنك بحر الروم او ضنكنا السوري عن ضنوك البلاد الحارة وفي هذا ما فيه من المشقة لان الامر لم تجمع عليه الآراء كما اجمعت على تمييز الضنك عن حمى الايام الثلاثة غير ان من نظار الى الوصف الذي يصف به الاطباء الذين قطنوا الهند والفلبين واسترالية والصين الضنوك المتفشية في تلك البلدان نظير روجرس واورماي وسواهما ثم اعاد نظره في المشهد السريري الذي مثله الضنك حين تفشى في بلادنا السورية ومصر واليونان رأى بينهما فروقاً تحمل على الظن باختلاف هذين المرضين وهذا ما دعاني الى الجهر بهذا المبدإ الاول وهو تمييز ضنك بحر الروم عن ضنوك البلاد الحارة والحاقه بالمبدإ الثاني الذي سيجيء الكلام عنه وهو انتشار هذا الضنك انتشاراً مختلفاً عن الضنوك الموهمة الاخرى او ضنوك البلاد الحارة واليكم سادتي الفروق التي تفرق هذين المرضين :

١ — ضنوك البلاد الحارة ادواء تظهر في الصيف كما تظهر البرداء فتصيب من سكان البلد الذي تظهر فيه من يتعرض للسع البعوض وينجو الباقون ولا تعد اصاباته بمئات الالوف . اما ضنكنا فمرض يفد كما تفد الاوبئة ويتفشى تفشياً شديداً حتى ان اصاباته في اثينا بلغت بثلاثة اسابيع اربعمائة الف اصابة كما ذكر اطباء اثينة وفي دمشق ما لا يقل عن خمسين الف

اصابة في اسبوعين ولعلها تجاوزت هذا العدد في بيروت وانتم أدرى بذلك مني ولم يعفَ منه من وقى نفسه لدغ الناموس او من تعرض له كما لاحظت الامر بنفسي ولعلكم لاحظتموه انتم بدوركم .

٢ً — ضنوك البلاد الحارة امراض فصلية تظهر في صيف كل سنة حين فقس البعوض وضنكنا مرض لا يصح ان يسمى فصلياً لانه وان يكن يبدو دائماً في فصلي الصيف والخريف فهو لا يظهر كل سنة ظهوراً منتظماً بل يغيب سنوات كما كان لليونان في وافدة سنة ١٩٢٨ فان اثينا لم تره كما اثبت ذلك اطباؤها منذ خمس عشرة سنة ودمشق لم تره قبل وافدتها الاخيرة التي ألمت بها سنة ١٩٢٧ الا في سنة ١٩١٧ وبيروت الا في سنة ١٩١٤ فهذا التقطع الكبير يجعل فرقاً بيناً بين داء ينتقل بالبعوض وداء لا ينتقل به ويقرّبه من الامراض الوبائية التي تتبع هذا الشكل في تفشيها .

٣ً — ضنوك البلاد الحارة امراض لا نفاط فيها وما يبدو فيها من النفاط ليس الا نفاطاً عرقياً يستطاع ظهوره في الحميات التي يعرق بها المريض عرقاً غزيراً حتى انه قد يبدو صيفاً على جسد الاصحاء انفسهم واذا اردتم دليلاً على ذلك اوردت لكم كلام اورماي (Ormay) الذي يدرس امراض البلاد الحارة في الصين منذ زمن ليس بالقصير فهو يقول « اما النفاط فلم أره مطلقاً في الضنك » ويؤكد بروشه وفسال (Brochet,Vassal) وروجرس (Rogers) الذين درسوا الضنك في الشرق الاقصى والهند ان النفاط الذي يبدو في المضنوكين بضنك البلاد الحارة نفاط ناجم من غزارة العرق وليس نفاطاً خاصاً بالمرض .

وقد ذكر لايبولد روبر (Léopold Robert) في مؤتمر القاهرة الذي اشترك بالمناقشة عن الضنك انه بعد ان صرف في سيام (Siam) احدى عشرة سنة ورأى فيها ما لا يعد من حوادث الضنك لم ير النفاط ابداً .

اما ضنكنا فمرض يبدو فيه نفاطان نفاط ابتدائي شبيه بالنفاط الذي يبدو في ضنوك البلاد الحارة سببه العرق الغزير المتصبب من اجساد المرضى ونفاط آخر تال خاص بالمرض نفسه وهو حصبي الشكل او قراصيه وهذا ما دعا زميلنا الاستاذ ترابو الى ذلك التشبيه الجميل الذي لا أرى بأساً في اعادته على مسامعكم ولا سيما في هذا المقام الاكليريكي قال مميزاً ضنك بحر الروم عن ضنوك البلاد الحارة « يلبس النفاط الاحمر ضنك بحر الروم الحلة الكردينالية اما الضنوك الاخرى التي حرمت هذه الحلة فهي حاشيته ومن صف الاكليريكيين».

ولست أظن ايها السادة ان الضنك يفقد نفاطه متى عبر الاوقيانوس ماراً الينا بل ان النفاط صفة اساسية كافية لاقامة فرق بيّن بين مرض وآخر .

٤ً — ضنوك البلاد الحارة تظهر في المناطق الساحلية والبطائح المنخفضة فتصيب الاشخاص المقيمين فيها دون ان تمتد الى مناطق أُخرى بعيدة عنها فهي تحيا وتموت في مكان واحد واما ضنكنا فيغشى الصرود والجبال حيث لا مستنقعات ولا ماء كما يغشى السواحل ودليلنا على ذلك ظهوره في قرى لبنان الشامخة المنفردة البعيدة عن كل مستنقع التي لا يكاد يجد سكانها ماءً كافياً لشربهم وقضاء حاجاتهم .

٥ً — العراقيل : تتفاوت شدتها في الضنكين فهي وان تكن في ضنك بحر الروم لا تخلو من الخطر وان تكن قد قضت في جائحة اليونان على حياة

الف واربعمائة شخص غير انها لا تزال خفيفة اذا قيست بهول العراقيل في ضنوك البلاد الحارة لان الذين قضوا في اليونان يقول لنا ساكورافوس كانوا مبتلين بامراض مزمنة فقد آذت بعض اعضائهم فجاء الضنك ضغثاً على أبالة وضربهم تلك الضربة القاضية اما ضنوك البلاد الحارة فانها تؤذي من كان خالياً قبل اصابته من الامراض الاخرى .

٦ً — اتصاف ضنكنا ببعض الاعراض منهـا ولعه بالجهاز العصبي . ويثبت هذا الامر مشاهدة كبيرة الدلالة أَوردها الاستاذ دبرون في رسالة الطب الحديثة لروجه وفيدال وتسيه وهي حادثة فالج شقي في سياق الضنك غير انه أَورد حادثته هذه دون ان ينبه الافكار الى ولع فوعة الضنك الراشحة بالجهاز العصبي ثم جاء الاستاذ ترابو فنشر في مجلة الامراض العصبية الباريسية (جزء ٢٩ اذار سنة ١٩٢٨) عرقلة عصبية وهي التهاب طبقة الدماغ السنجابية مع نهك فائق أثر الضنك وقد عرفنا المريض الذي روى مشاهدته وهو لا يزال حتى الآن يحمل عقبول هـذه العرقلة رغم تنقله في بيروت واوربة مستشفياً .

ويثبت ايضاً ما نحن بصدده كلام ساكورافوس احد اساتذة معهد اثينا قال : « وقد شاهدنا التهابات سحايا والتهابات دماغ وكان البزل القطني الذي نجريه يدل على ازدياد التوتر في المائع الدماغي الشوكي الذي كان يتدفّق تـدفقاً من الابرة وكان المرضى يشكون حصراً واضطراباً شديداً ونوب هرع دالة على ولع الفوعة بالجهاز العصبي » .

ويثبت اخيراً الصداع الشديد الذي لا تسكنه المسكنات وقد صادفناه

كثيراً في بدء الضنك واظن ان الزملاء البيروتيين صادفوه ايضاً وهو على ما نرجح ناجم من وذمة الدماغ وازدياد توتر المائع الدماغي الشوكي .

كل ما تقدم يثبت هذه الخاصة اعني بها ولع فوعة الضنك بالجهاز العصبي

ومن عوارضه المميزة ايضاً الحكة المزعجة التي تعقب التقشر او تعاصره وقد صادفناها في عدد من المرضى فكانت تسرق الكرى من عيونهم وتحرمهم لذة الراحة ومنهم من كانوا يعضون اجسادهم ويخدشونها باظافرهم وما سبب هذه الحكة على ما نظن الا انفراغ ذيفانات العامل المرضي بالغدد العرقية .

وضنوك البلاد الحارة لا تتصف بمثل هذه الاعراض واذا اتصفت بها فهي ليست من العلامات الملازمة كما هو عليه الصداع ولا هي شديدة بيانية كما هي عليه الحكة .

لسنا ننكر ان الاراء الطبية ليست مجمعة على ما نقول ولا هي متحدة على القول باختلاف ضنكنا عن ضنوك البلاد الحارة وإلا لما كان لنا ان نبدي فكرة قد اجمعت الآراء عليها فان منهم من يعد ضنكنا شكلاً استيلائياً لضنك البلاد الحارة الفردي ومن هولاء الاستاذ تانون غير ان هذا الاستاذ نفسه قد خامرت الشك نفسه بعد ان قرأ ما كتب عن هذه الوافدات التي توالت على مصر وسورية واليونان فكتب في مجلة الطب الباريسية وفي الجزء ذاته الذي أبدى فيه اعتقاده السابق بكون ضنكنا شكلاً استيلائياً لضنوك البلاد الحارة ما ترجمته : « اما فيما يختص بضنك بحر الروم وضنوك البلاد الحارة فربما كان لهما عاملان مرضيان مختلفان الامر الذي لا تستطاع

معرفته الا بالابحاث الحيوية فان بريميتي داء المصع (pian) والزهري تكادان تكونان متشابهتين مع ان الآفات المحدثة بهما ليست واحدة وان تشابهت وقد يكون الامر كذلك في الضنوك » .

فالاستاذ المومأ اليه شاك اذاً في الامر وهو لا يستطيع الجزم لانه يرى في ضنكنا شيئاً لا ينطبق على ضنوك البلاد الحارة غير انه يمتنع عن ابداء هذا الرأي فنراه تارة يؤثر فيه هذان المشهدان السريريان المتنوعان فيقول باختلاف المرضين حتى انه يصل الى القول بان لهما عاملين مرضيين مختلفين ثم ان الفكرة القديمة السائدة تقف امامه فيعود الى القول بان ضنك بحر الروم شكل وبائي لضنوك البلاد الحارة الفردية .

هذا ما اقوله ايها السادة في الشق الاول من هذه المحاضرة واني انتقل الآن الى شقها الثاني وهو :

سراية الضنك : نحن ازاء رأيين مختلفين : الرأي الاول القائل بتفشي ضنكنا بالبعوض كما تتفشى ضنوك البلاد الحارة . والرأي الثاني الحديث وهو ان ضنكنا يسري سراية خاصة مختلفة عن ضنوك البلاد الحارة كما تسري بعض الامراض النفاطية . والجدل على هذا الامر كان شديداً ايها السادة والمقالات التي دبجت في اثبات كل من الرأيين قد سودت عشرات الصفحات وللرأي الاول حماة ودعاة وسواد اطباء بيروت منهم وللرأي الثاني حماة ايضاً ولي الشرف ان اكون منهم .

وكأني بكم الآن تستغربون اصراري على هذا الرأي وقد اثبتت الاختبارات اليونانية انتقال الضنك بالبعوض وتحكمون عليّ حكماً اذا لم

تجاهروا به حرمة لواجبات الضيافة وقد اشتهر اللبناني بها فانكم تضمرونه ويلفظه كل منكم في ذاته .

مهلاً سادتي لست اقصد بكلامي حملكم على اعتناق مبدئي الذي دافعت عنه ولا ازال أدافع اذا لم تقتنع عقولكم بما اقول بل اقصد ان ابسط امامكم وانتم ذوو البصيرة الثاقبة الحجج التي يدلي بها كل من الفريقين واترك لكم حق الحكم والاختيار فاذا استملت منكم اليّ العدد القليل كنت الرابح الفائز كيف لا وواحدكم بالف واذا خاب ظني واستملتموني اليكم كانت صفقتكم خاسرة لانني لا اغني عن جوع .

١ً — انتقال الضنك بالبعوض يثبته دعاته بأمرين اولهما اختبارات قديمة قام بها غراهم وعرداتي سنة ١٩٠٣ واشبورن وكراغ (ashburn et Craig) سنة ١٩٠٧

وثانيهما اختبارات حديثة قام بها بلن وكامينوبتروس في الوافدة اليونانية الأخيرة سنة ١٩٢٨

ولا بدّ لي قبل الكلام عن الاختبارات الاولى من ان احيي رفات الاستاذ غراهم الراقد مطمئناً في لحده ذلك العالم الذي كان في هذه المدينة حجة يرجع اليه في صعاب الامور الطبية ذلك الراحل الكبير الذي ترك في الجامعة الإمريكية فراغاً كبيراً وان القي تحية على مؤازرة النشيط الدكتور عرداتي الذي لا يزال يتحفنا بآرائه الثاقبة .

قام الاستاذ غراهم بتحريات ثلاثة : اولها أصيبت بالضنك امرأة مرضع لها ولد عمره ثمانية اشهر فطهرت الغرفة التي يقطنانها بغاز الكلورين لقتل

ما فيها من البعوض واخذت الاحتياطات لمنع بعوض آخر عن دخولها مدة خمسة عشر يوماً فشفيت المرأة وبقي الولد سليماً .

وثانيها: عيلة فقيرة فيها اربعة اولاد ينامون على فراش واحد أصيب كبيرهم بالضنك فطهرت الغرفة من البعوض واخذت الاحتياطات لمنع بعوض آخر جديد عن الدخول

وبقي الاخوة في الغرفة يشاركون اخاهم المريض نهاراً في طعامه ويأوون ليلًا الى فراشه ولم يصابوا .

التجربة الثالثة — أصيب رب عائلة بالضنك وله ثلاثة اطفال فاخذت الاحتياطات نفسها ولم يصب اطفاله بالضنك .

فهذه التجارب يقول لنا الدكتور عرداتي تثبت الوجهة السلبية اي انه اذا كان ضنك ولم يكن بعوض انحصر الداء ولم ينتشر كما هو الامر في البرداء اما التجارب المثبتة لانتقال الضنك بالبعوض فقد اختبرها الاستاذ غراهم ايضاً فقد عرض اولاً في بيروت اربعة اشخاص اقوياء للدغ بعوض ملوث فظهر الضنك في ثلاثة منهم ولم يصب الرابع لانه كان قد أصيب به على رأي الدكتور عرداتي سنة ١٨٨٩ اي منذ اربع عشرة سنة اذ كان الاختبار قد وقع سنة ١٩٠٣ ثم اعاد الاستاذ غراهم الاختبار في قرية من لبنان لا ضنك فيها على شخصين فاصيبا بالضنك ايضاً واثبت غراهم وعرداتي حينئذٍ ان الضنك ينتقل بالجرجس او (الكولكس) واما اختبارات بلن وكامينو بتروس فتلخص بما يلي :

أعدَّ هذان المؤلفان فئتين من الطيثار (stégomya) الفئة الاولى من أثينة

وغذياها ثلاث مرات متوالية بدم مرضى مصابين بالضنك والفئة الثانية جمعاها من غرف فيها مضنوكون ولم يجريا اختباراتهما في اثينة لئلا يكون الاشخاص المختبر بهم في زمن الحضانة فيشوش عليهما هذا الامر صحة اختبارهما بل اجرياه في جزيرة صغيرة واقعة في خليج ميرابو شرقي كريف بعيدة ومنعزلة عن اسباب العدوى .

حقنا ثلاثة اشخاص تحت جلدهم بمدقوق سبع بعوضات كانا قد جمعاها منذ ثمانية ايام في اثينة بعد تمديده بالمصل الحلقي فاصيب الاول بعد الحقنة بسبعة ايام والثاني بعدها بثمانية ايام والثالث بعدها بتسعة ايام

وحقنا آخرين بمدقوق ست طيثارات (اي ستاغوميا) ممدد بالمصل الحلقي ايضاً كانا قد جمعاها من اثينة بعد ان غذياها منذ اربعة ايام بدم مضنوك فحدث تفاعل في الشخصين بعد الحقنة بسبعة ايام .

وقد تحقق هذان المؤلفان ايضاً ان الطيثار بعد ان يتلوث بدم مضنوك ينقل هذا الداء بوخزه الشخص السليم متى كان قد مرّ على تلوثه تسعة ايام ويبقى محافظاً على قوته الملوثة ما لا يقل عن مائة وخمسة عشر يوماً .

والاختبار الذي اجرياه لتحقق هذا الامر هو انهما اخذا بعوضاً سليماً قاما بتفقيسه في المخبر ولوثاه باطعامه ثلاث مرات من دم المضنوكين في اليومين الاول والثاني من مرضهم ثم غذيا هذا البعوض بدم الاصحاء في مكان خال من الضنك ومنعزل عن الامكنة الموبوءة فاصيب الاشخاص جميعهم بالضنك الا الذين عرضوا للدغ البعوض في اليوم السادس من تلوثه

وقد اثبت هذان المؤلفان ايضاً ان الطيثار المجموع من بيت ظهر فيه

الضنك يكون ملوثاً ويستطيع نقل المرض بالوخز وذلك انهما جمعا عدداً من البعوض من احياء آثينة حيث الضنك متفش وعرضا للدغه ثلاثة متطوعين بعيدين عن موطن الداء فاصيب احدهم بعد ان عرض للدغ ثلاثين بعوضة بثمانية ايام .

وقد اجرى بلن وكامينوبتروس الاختبارات نفسها على الجرجس فكانت سلبية .

فاستنتجا ان الضنك منتقل بالطيثار وغير منتقل بالجرجس ونقضا ما كان اثبته غراهم وعرداتي سنة ١٩٠٣ .

غير ان الدكتور عرداتي في احدى مقالاته عن الضنك في المجلة الطبية العلمية قد بين اسباب هذا الخطإ بقوله : « لما ثبت من ربع قرن ان البعوض هو الناقل لحمى الضنك ارسل عدد من ذلك البعوض الى احد الخبراء وطلب منه ان يحقق نوعه ويعرفه باسمه العلمي فاجاب انه من نوع الجرجس (culex fatigans) فاذيع حينئذ ان الجرجس ناقل للضنك ... ولم تكن علامات التميز في ذلك العهد بين الجرجس والطيثار وغيرهما من البعوض معروفة ومفصلة كما هي اليوم »

واظنه مصيباً في تعليله وان الخطأ عائد الى الخبير الذي عرّف البعوض.

فعلينا ان نقرّ لغراهم وعرداتي بالتقدم في هذا الاختبار وان نحل اختبارهما هذا في المقام الاول واذا كانت اختبارات بلن وكامينوبتروس الاخيرة اوفى واكمل فلا يعني هذا ان اختبارات غراهم وعرداتي قد فقدت قيمتها العلمية والوسائط الآن غيرها في سنة ١٩٠٣ اذ اجرى غراهم وعرداتي اختباراتهما

هذه هي البراهين المثبتة لانتقال ضنكنا بالبعوض وليس لدينا سواها واني استأذنكم ايها السادة بابداء رأيي فيها قبل ان انتقل الى البراهين المضادة لهذا الانتشار فاقول :

لست أشك ان الضنك ينتقل بالبعوض وان الاختبارات التي أتيت على ذكرها صحيحة لا تقبل الجدل ولكن اتعلل لنا هذه الاختبارات ما نراه في وافدة الضنك ؟

وما هي الاستنتاجات التي نستطيع استنتاجها منها ؟ . فجواباً عن هذين السؤالين أقول :

هذه الاختبارات لا تعلل لنا وافدات الضنك الجارفة السريعة الانتشار التي رأيناها في صيف سنة ١٩٢٧ وخريفها وبما ان شرح هذا الامر ذو علاقة بالبراهين المضادة لانتشار الضنك بالبعوض فانني سأتكلم عنه بعدئذ

اما الاستنتاجات التي نستنتجها من هذه الاختبارات فهي ان الطيثار متى غُذي بدم مضنوك ولدغ صحيحاً لقحه بعامل الضنك المجهول ونقل اليه المرض اي ان هذه البعوضة كانت واسطة لنقل الداء كما هي ابرة المحقنة فكما ان استخراج دم قليل من وريد المضنوك فكذلك استخراج قليل من دم المضنوك بخرطوم البعوضة وحقنها الصحيح به ينقل اليه الداء ايضاً ولعلّ البعض يبتدرني بهذا السؤال لماذا البعوض الملوث لا ينقل الضنك الا بعد ان يمرّ على تغذيته بدم المضنوك تسعة ايام اذن لا بدّ من ان يكون قد طرأ على فوعة الضنك الراشحة في جسم البعوضة تطور خاص ضروري لنقل الداء فهي اذن وسيطة لا غنى عنها وانا اسأل بدوري اذا كان لا بدّ للدم من تبدل يطرأ عليه في جسم

البعوضة فلماذا الدم المستخرج بالمحقنة ينقل الداء دون ان يمرّ عليه ذلك الوقت اللازم للتبدل؟ اما الجواب على سؤال المعترض فهو ان الايام الثمانية التي لا بدّ للبعوضة منها بعد ان تتغذى بدم المضنوك لتعود ناقلة للداء واجبة على ما ارى لان نوعة الضنك القليلة العدد في الدم الجزئي المستخرج بخرطوم البعوضة لا يكفي لنقل الداء غير انه متى مرت عليه بضعة ايام فتكاثر كما في المستنبتات يعود عدده كافياً للعدوى فحكم البعوضة اذن كحكم ابرة المحقنة ليس غير . لان هذه الاختبارات لم تجرَ إلاّ على الطيثار والجرجس ولعلها اذا أُجريت على باقي الحشرات كالبق والبراغيث اثبتت انهما ينقلان الضنك ايضاً ولحقّ لنا حينئذٍ ان نقول بانتقال الضنك بهذه العوامل الثلاثة .

وربما اعترض البعض قائلًا ان اختبارات بلن وكامينوبتروس كانت صريحة بما يتعلق بالجرجس فهي قد نفت كل النفي نقلها للداء واثبتت نوعية البعوضة الناقلة أجل لست انكر هذا غير ان نقل الطيثار للضنك وعجز الجرجس عن نقله ربما كان سببه خلاف ذلك وهو كون الطيثار اكثر ولعاً بدم الانسان من الجرجس كما يثبت لنا ذلك لوجندر (Legendre) واليكم ترجمة كلامه : « بعد ان اختبرت انواع البعوض سنتين كاملتين لم أجد سوى مرة واحدة في انبوب الجرجس الهضمي دماً وكان معظم البعوضات الاخرى اناثاً معدة للاباضة

وعلى العكس فان الطيثارة ولعة بدم الانسان حتى النهم متى كانت حرة واذا تغذت بدم بعض الحيوانات فلا تفعل هذا الا مضطرة وقد رأيت مرة واحدة طيثارة تلدغ قطاً في شفته »

فهذا يبين لنا ان الطيثارة اذا نقلت الضنك فلأنها نهمة ولعة بدم الانسان واذا لم ينقله الجرجس فلأنه أشدّ ولعاً بدم الحيوانات . اقول هذا ايها السادة لا لأنفي انتقال الضنك بالطيثارة ولا لأحط من قيمة هذه الاختبارات العلمية التي أقرّ بصحتها ولكن لأبين ان الضنك اذا انتقل بالبعوض فهو لا ينتشر انتشاراً وبائياً بهذا العامل للاسباب التي استأذنكم بسردها :

اولها سرعة انتشار الوباء فهو كما تذكرون قد اصاب بثلاثة اسابيع في اثينة اربعمائة الف وفي دمشق ما ينوف على خمسين الفاً في اسبوعين فاذا سلمنا جدلاً بانتشار الضنك بالبعوض كان علينا ان نتصور ان الوفاً مؤلفةمن البعوض قد هاجمت دفعة واحدة المريض الاول الذي أُصيب بالضنك وبعد ان مرت عليها تسعة ايام وفقاً لاختبارات بلن وكامينو بتروس واصبحت قادرة على نقل الداء انتشرت في حيّ من الاحياء ولدغت زهاء خمسين الفاً دفعة احدة وبعد ان قضى هولاء الملدوغون زمن حضانتهم وهي ٦ —٧ ايام (بنايوتاتو) ظهر الضنك فيهم دفعة واحدة وما نقوله عن دمشق نقوله عن اثينة ايضاً وربما عن بيروت التي رأيتم بأعينكم وافدتها وهذا الامر على ما أرى صعب التحقيق ان لم نقل ضرب من المحال .

وثانيها : ظهور الضنك في مرتفعات وفي ازمنة لا بعوض فيها وقد اثبت هذه القضية كثير من المؤلفين فقد ذكر الاستاذ دهرون في رسالة الطب الحديثة انه رأى الضنك في وافدة ١٨٨٩ في بعض القرى التي يبلغ ارتفاعها ١٥٠٠ متر عن سطح البحر وان المصطافين في اهدن قد أُصيبوا في

وافدة ١٩٢٧ بالضنك كما أصيب سكان البلدان المعتدلة الارتفاع واهذن يتجاوز علوها عن سطح البحر الحدّ الاقصى الذي ذكره بروميت لحياة البعوض وهو ١٢٠٠ متر وتسقط فيها الحرارة الى أقل من ٢٣ مئوية ليلاً ونحن قد لاحظنا في وافدة دمشق أن الضنك تابع انتشاره حتى كانون الاول من السنة نفسها اذ كان البرد قارصاً شديداً لا يناسب حياة البعوض وهذا ما لاحظه رنه اولمن ابوستولو وجورج ابوستولو اللذان درسا الضنك في «كفالا» فان هذا الداء بعد ان اصاب بعض العملة الآتين من اثينة انتشر انتشاراً وبائياً راعباً على الرغم من جميع الاحتياطات التي اتخذت في مكافحة البعوض وشدة انتشاره وقعت في الايام الباردة حين كان البرد قد قضى على البعوض فكان يدخل البلد فيصرع سكانه جميعهم وينتقل منه الى مدن لا أثر للطيثار فيها كما كانت عليه النزلة الوافدة في سنتي ١٩١٧ و ١٩١٨»

وثالثها ان الوسائط التي تقي من البرداء لا تقي من الضنك وقد درست هذه القضية درساً دقيقاً حين وافدة الضنك الاخيرة لدمشق درستها في عيلتي وفي المرضى العديدين الذين شاهدتهم واستنتجت ان الكلل (الناموسيات) والشباك المعدنية التي تسدّ بها النوافذ والابواب وهي خير واسطة لوقاية الناس من البرداء لم تفد أقل فائدة في وقاية الناس من الضنك لان معظم الذين أصيبوا في حي باب توما لا ينامون ليلة واحدة بدون كلل ولم يكن البعوض سنة ١٩٢٧ كثيراً جداً ليقال انه كان يلدغ الناس نهاراً وهم عاكفون على اشغالهم بل لم نشعر قط ان نسبته قد زادت عن السنوات السابقة فلو ان الضنك ينتشر بالبعوض وبالبعوض فقط كانت الوسائط التي توقف انتشار ان

(اي الانوفال) وتمنعه عن نشر البرداء كافية لايقاف الطيثار (اي البنتاغوميا) ومنع ضرره مع ان الامر لم يكن كذلك في الوافدة الاخيرة .

ورابعها انحصار الضنك في شواطيء البحر المتوسط مع ان الطيثار منتشر في كل مكان واست ارغب في أن أطيل الكلام عن هذا الامر الاخير لان الاسترسال فيه يدعوني الى التوسع في تاريخ الضنك وهذا ما لا أجد مجالاً له في هذا المساء .

وقبل أن أنهي الكلام اسمحوا لي ايها السادة ان اذكر لكم آراء بعض من حضروا مؤتمر القاهرة الطبي الاخير وناقشوا فيه لتتيقنوا ان الرأي الذي نرتأيه قد كان له نصراء وان الكثيرين يشاركوننا فيه :

قال الاستاذ بازنسون : « يستنتج من تقارير ترابو ولايوبول روبر وعرقتنجي وخوري ان تمييز ضنك بحر الروم عن الضنوك الاخرى امر لا بد منه غير اني احترز من الاشتراك بالجدال لاني لم أرَ الضنك بعيني ولكنني اجيز لنفسي فقط ان اقرب اوبئة النزلة الوافدة التي صادفتها سنة ١٨٨٩ ولا سيما سنة ١٩١٩ وسرعة انتشارها من وافدة الضنك التي صادفها زملائي وان اقول ان في سرعة تفشيها ما ينافي انتشار الضنك بالبعوض » .

ويقول الدكتور عرقتنجي «هل الضنك منتشر بالطيثار ؟ لست أعتقد بهذا بل أرى انه لا بدّ من التسليم بانتقال ضنك بحر الروم بالهواء كالحصبة وان الاحتياطات الصحية في الوقاية يجب ان تتجه هذا الاتجاه»

ويقول الدكتور ألفرد خوري « . . . أنستنتج من هذا ان الضنك منتقل بالبعوض ؟ لا مطلقاً لان وباء الضنك وانتشاره الجارف الذي يصيب . قسماً

كبيراً من السكان وربما ربعهم او ثلثهم وظهوره في ارجاء لا طيثار فيها وفي امكنة لا يحيا فيها البعوض لانخفاض حرارتها كل هذا يبين لنا ان الضنك منتقل من الانسان الى الانسان وانه لا يشذ عن سراية التعفنات الاخرى ذات الفوعة الراشحة »

ويقول ساكورافوس « يزعم المؤلفون الذين شاهدوا الضنك وعالجوه انه مرض منتقل بالبعوض .. غير ان احد زملائنا شاهد الضنك في مرتفعات لا ناموس فيها ورأينا نحن مرضى عديدين في أسر خمس مختلفة أُصيبت فيها الامهات والاشخاص الذين كانوا يقومون بخدمة المرضى بعد شفاء هؤلاء وتوسف جلودهم بنحو من اسبوع فهل تنسب هذه الاصابات الى البعوض نفسه ام ان العدوى انتقلت اليهم بالملامسة ؟ وهل الضنك مرض عفني سار ؟ وهل نقله الى اثينة اليونانيون الذين كانوا في آسية الصغرى الموبوءة حين عودتهم الينا ؟ اننا لا نستطيع جواباً غير ان هذا الوباء الذي انتشر هذا الانتشار الراعب يمثل لنا النزلة الوافدة التي اجتاحت اوربة بعد الحرب الكبرى .... دلت الاختبارات التي قام بها بلن وكامينوبتروس في اثينة ان للبعوض دوراً مهماً في نقل العدوى ولكن هل البعوض وحده العامل الناقل ام ان هناك واسطة أُخرى؟ اننا لا نجيب عن هذا السؤال الذي يحيط به الغموض لان الضنك قد ظهر في اماكن لا أثر فيها للطيثار »

يستنتج من حديثي معكم في هذا المساء ايها السادة ان ضنك بحر الروم يتصف بصفات خاصة تميزه عن ضنوك البلاد الحارة وأهمها النقاط وانه اذا

انتقل بالبعوض فهو لا ينتشر ذلك الانتشار السريع به لان في درس وافداته
مما يدعو الى الظن بسبب ثانٍ للانتشار نعني به الهواء والملامسة هذا هو
رأينا الخاص الذي دافعنا عنه ولا نزال ندافع حتى ينقضه العلم فنسلم بفساده
او تثبته التحريات المقبلة فيسلم بصحته من يخالفنا اليوم به واننا لنسر ان نرى
عدداً عديداً في البلاد العربية والاوربية يقاسمنا هذا الرأي واننا كنا اول
من أثار شرارة هذا البحث الاولى فكان منها نور ثاقب جلا بعض الغموض
والمستقبل كفيل بجلاء الباقي .



هبوط الاعضاء التناسلية

للدكتور لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

كان القدماء يقولون هبوط الرحم مع ان هبوطها لم يكن الا جزءاً من الاعضاء الهابطة لان المهبل والمثانة وربما جدار المستقيم الامامي تكون هابطة في الغالب فعلينا ان نقول اذن هبوط الاعضاء التناسلية او الهبوط التناسلي من ان نقول هبوط الرحم . غير ان العضوين اللذين يهبطان غالباً هما الرحم والمهبل .

لا تهبط الرحم دون ان يهبط المهبل لان المهبل متى هبط جر الرحم العالقة به والرحم ثابتة في مكانها بوسائط معلقة وجهاز داعم .

فاو فتح البطن رؤي في اليمين واليسار ان انثناءين خلبيين (péritonéeux) يمتدان من الرحم وما هما الا الرباطان العريضان المتضمنان للرباطين المدورين . ولا يفيد هذان الرباطان العريضان كثيراً في تعليق الرحم فهما يحددان حركات الرحم الجانبية غير انهما لا يمنعان حركاتها الامامية الخلفية .

وليس للربط العانية المثانية في الامام قيمة في التثبيت غير ان للربط الرحمية العجزية في الخلف والاسفل القيمة الكبيرة فهما يمثلان القسم العلوي من الصفاق العجزي المستقيمي التناسلي العالي او غمد فرابإف

الخثلي (hypogastrique) غير ان وسائط التعليق هـذه لا تلعب الا دوراً ثانوياً في تثبيت الرحم . والدور المهم يعود الى وسائط الدعم ونعني بها الجسم العجاني الذي يشتد فعله كلما كان المهبل متجهاً اتجاهاً مائلاً الى الاسفل والامام ، وفوق هذا الجسم العجاني نرى صفاق العجان المتوسط المتضمن لسلسلة من الحزم العضلية ، والعضلات الرافعه للشرج

فلا يحدث الهبوط ما زالت الدعامة العجانية والرافعات سليمة يستند اليها المهبل . غير انها متى قصّرت دفع الضغط البطني اعضاء الحوض خارجاً ومتى لم يعد حجاب الحوض المؤلف من رافعات الشرج والمقوى بالمصرة (sphincter) وعضلات العجان (periné) قادراً على مقاومة الضغط البطني غلب هذا الحجاب وحدث الهبوط بطء كما تحدث الفتوق الناجمة من ضعف جدار البطن . ولكن لم يحصل هذا الضعف ؟ ان الذنب الكبير يعود الى الولادة التي تمدد النسج وتمزق العضلات وتقتلع المهبل وتوسع هذا الحجاب . فالرافعات التي يشدها رأس الجنين تتمزق من دون ان يبدو فيها جرح ظاهر والحمل المتكرر بدون انطار كاف وعودة الاعضاء الى حجمها وتقلصها الطبيعيين، والنهوض من الفراش المبتسر بعد الولادات هي اسباب لتطويل الربط المعلقة واضعاف الدعامة العجانية .

ولا ننس تمزقات العجان التي تلعب دوراً مهماً ايضاً غير انه لا بدّ علاوة على ذلك من ضعف عضوي يصيب النسج ومن ضمور حقيقي يطرأ على العناصر الليفية في الغمد الخثلي فيؤهل المريضة للاسترخاء وهبوط اعضاء الحوض . غير ان الهبوط في العذارى او المتزوجات اللواتي لم يلدن ليس

بالامر النادر وما سببه الا تقصير ولادي في النسج .

ولا نعني هذا ان جميع النساء اللواتي يلدن معرضات للهبوط بل نعني به انه كثير الحدوث حيث البنات يتزوجن وهن حديثات السن وحيث النساء يلدن عدداً عديداً من الاولاد ويهملن زمن النفاس . فان الراحة في الفراش ١٥ — ٢٠ يوماً واجبة بعد الولادة والاّ فان وسائط التثبيت تدق وتطول وترتخي والدعامة العجانية تهي ويطول المهبل ويتسع دون ان يكون له ما يدعمه فيتجه الى ان يكون عموداً فيؤثر حينئذ الضغط البطني والجهود المكررة ولا سيما في النساء اللواتي يشتغلن اشغالاً متعبة فتهبط اعضاء الحوض . واول ما يصادف هو انقلاع الجدار الامامي للمهبل لانه اقل ثبوتاً من سواه فيؤدي انقلاعه الى انجرار المثانة الملتصقة ويكون الهبوط في بدئه موضعاً (localisé) اي ان المثانة تهبط ويرى ان الفرج ينفتح بعض الانفتاح حين الجهد وان جدار المهبل الامامي يبرز من خلال الشفرين الصغيرين : وهذه هي الدرجة الاولى من الهبوط . وقد يتبع الجدار الخلفي المرتكز على ما بقي من العجان حركة الجدار الامامي وينفتق بدوره : فيتكون فتق مستقيمي او بالاحرى فتق مستقيمي موهم (pseudo-rectocèle) لان المستقيم لا يشترك بالنزول : فالمهبل يلتصق في الامام بالمثانة فيجرها غير انه في الوراء منفصل عن المستقيم بنسيج خلوي رخو فلا يجر المستقيم معه وهبوط المهبل يفضي الى تقويم الرحم فتصبح حينئذ في محور المجرى التناسلي مستعدة للاندفاع فيه كأنها مجرى فتق حقيقي . وهذه الرحم العالقة في العالي بالربط الرحمية العجزية والتي يجرها المهبل الى الاسفل والمعرضة لركود

احتقاني تحدثه هذه التبدلات في الوضعة يطول ويضخم قسمها الواقع فوق المهبل او تحته ولا يلبث عنقها ان يبدو في الفرج ما بين فتق المثانة في الامام والفتق المستقيمي في الوراء ويكون معرّضاً للاحتكاكات فيتقرح .

ومتى انقلب المهبل انقلاباً تاماً تتدلى الرحم بين الفخذين ويصبح الهبوط تاماً . ويتلف غشاء المهبل المخاطي المنسدل ويتقرح وقد تلتهب الرحم .

وترى ايضاً تبدلات مثانية فتتكون حصوات في القسم المنفتق ويشدّ الحالبان وربما بدت تبدلات كلوية .

والهبوط يكاد يرى دائماً في هذه الحالة وتسهل اعادته متى استلقت المريضة على ظهرها . ويكون الهبوط في الغالب خلسة فتشعر المريضات ببعض الثقل والشد متى وقفن طويلاً غير ان النقطة الاساسية في الغالب هي اضطرابات المثانة : كثرة البيلات (mictions) نهاراً وزوالها ليلاً متى ارتاحت المريضة وعودتها في الصباح ولا سيما متى تعبت المريضة .

وتشخيص الهبوط سهل لانه قلما يلتبس بشيء آخر فتجب معاينة جوف الرحم واذا ادخل المسبار عرف ان الجيب قد اتسع ووجب تمييز ما اذا كان هذا الاتساع مسبباً من ضخامة العنق او من الورم الليفي . وقثترة (cathétérisme) المثانة تبين لنا درجة هبوطها ومس الشرج متى لم يستند كثيراً الى جدار المستقيم يدلنا ما اذا كان فتق مستقيمي حقيقي .

وبعد ان يرد الهبوط تعاين الرحم جيداً ليعلم ما اذا كان فيها ورم ليفي او التهاب في الملحقات . ويجب ان تعاين بالخاصة حالة العضلات الرافعة وذلك بالطريقة الآتية تدخل اصبعان مفروقتان في المهبل وتسأل المرأة ان تقرب

فخذيها كما لو كانت تريد ان تضبط نفسها عن التغوط فتتقلص الرافعات في الحالة الطبيعية وتشعر بهما الاصبعان حتى انه يستطاع مسكهما في الجانبين واما اذا كانت ضامرة فلا يشعر بشيء .

ومعالجة الهبوط يجب ان تكون واقية فقط بترميم تمزقات العجان ان عاجلًا او آجلًا . فمتى تمزق العجان في سياق الولادة سواء أكان تمزقه مسببا من تقلص الرحم تقلصاً فجائياً او ناجماً من تطبيق الملقط يجب ترميمه في الحال بعد خروج الخلاص .

ولا حاجة الى خياطة العجان خياطة متقنة ولا الى خياطة الطبقة العميقة بالحمشة (catgut) لان هذه الخيوط تتعفن فتعلو حرارة المرأة ويظن ان هناك حمى نفاس بل يكتفى بتقريب النسج كتلة واحدة بشعر فلورنسة او خيوط فضة تغرز بابرة آمه. ومتى شقت مصرة الشرج واتصلت فوهته بفوهة الفرج جرب البعض خياطة المستقيم والمهبل والعجان غير ان هذه الخياطة تتعلل في اغلب الاحيان او ان الطبيب يضطر الى نزعها متى تعفن الجرح فيفضل اذن ترك الجرح وشأنه لكي يندمل عفواً . وبعد مرور شهرين او ثلاثة اشهر تكون قد تحسنت الحالتين الموضعية والعامة فيرمم العجان والشرج والمهبل ترميماً حسناً . وعضلات العجان تبقى ولو تمزقت فتنفر ثم تخاط فتكون الدعامة التي تدعم اعضاء الجوض الصغير والطرق عديدة : تقطع الندبة الفرجية المهبلية ويرمم العجان بتقريب الطبقات العضلية الصفاقية العميقة الممزقة ويعتنى بالخاصة بخياطة الرافعات وترميم مصرة الشرج وتنهى العملية بترميم الطبقة العضلية الجلدية. فتكون

المرأة قد اتقت هبوطاً مقبلاً بخياطة العجان هذه . وكل طريقة لا تخاط بها الرافعات يجب نبذها لان العجان العضلي الجلدي فقط لا يكفي لدعم اعضاء الحوض وهذا ما كان يصفه القدماء .

ومتى تكون الهبوط كانت العضلات مقصرة . ولم تجد فيها المعالجة الدوائية من حقن قابضة ودلك وتمرن أسوجي الا فائدة قليلة والفرازج pess aires وما يشاكلها لا تجدي نفعاً وهي لم تعد مستعملة في عصرنا لانها من العصر السابق .

لا بل الفرزجة مضرة هنا لانها لا تستند الى العانة بل الى الرافعات والنواة العجانية وهي عدا الحوادث الالتهابية التي تنجم من وضعها مدة طويلة تمدد المهبل فتضمر عضلات العجان الضعيفة شيئاً فشيئاً وتقع اخيراً فتوضع حينئذ فرزجة اخرى اكبر منها يكون حظها حظ رفيقتها الاولى .

فالمعالجة الوحيدة التي يتقى بها هبوط الشرج هي المعالجة الجراحية ليس غير . وهناك شيئان مهمان جداً لا تذكرهما النساء وعلى الطبيب ان يتحراهما جيداً قبل العملية : تقصير مصرة المثانة ومصرة الشرج فتصلحان في اثناء العملية .

وكان القدماء يستأصلون الرحم او يثبتونها غير ان هذه العمليات كانت نتيجتها سيئة للغاية . لان المهبل والمثانة بعد استئصال الرحم الذي كان يجريه القدماء ونبذ اليوم نبذاً باتاً يهبطان متى وقفت المرأة . ولا يجوز استئصال الرحم الا متى كان ورم ليفي او سرطان او التهاب ملحقات . اما تثبيت الرحم بالجدار فلا يكفي لان الجدار ينخفض والهبوط يعود الى الظهور .

والنقطة الاساسية هي ترميم ارض الحوض اما بالتنضير وهذا لا يكفي (طريقة هاغر القديمة) او بتضعيف الرافعات وخياطتها وهذا ما هو مستعمل اليوم وينهى الامر بخياطة العجان.

واذا كان المهبل شديد الاتساع يبدأ اولاً بخياطة المهبل الامامية لكي يضيق وتقطع من جدار المهبل الامامي شريحة واسعة بيضية وحذار من المثانة لان الخطر كائن هناك. ومتى كان سلس (incontinence) مثاني يبدأ بالتسليخ قرب الصماخ ويكشف الاحليل على بعد عدة سم دون ان يثقب ويغطى بجميع النسج المجاورة دون ان ترمم مصرة المثانة فيكون قد وهب الاحليل بعض المثانة . وبعد ان ينتهى من قطع الشريحة ويرقأ الدم تقرب حافتا المعيّن (losange) الجانبيتان المنضرتان عمودياً وتخاطان .

ومتى تمت خياطة المهبل الامامية ودفع العنق تبسط الحافة الخلفية للفرج بمنقاشين ويغرز المبضع بين جلد العجان وغشاء المهبل المخاطي وتسلخ الشفة المهبلية حتى السطح السهل التسليخ الذي يسهل به جيداً فصل المستقيم عن المهبل والخطر كل الخطر في المستقيم فيجب تحاشياً لثقبه ان يكون التسليخ موجهاً نحو المهبل لانه اذا ثقب فلا اهمية لثقبه ويسلخ عميقاً ما امكن بعد قطع الشريط المستقيمي المهبلي حتى الوصول الى الرافعات او ما بقي منها فتقرب كتلة واحدة بخياطة متينة متقنة .

ولكي يعالج سلس المصرة الشرجية تقتلع حافة الشفة السفلى حتى اليافه المقطوعة ومتى بدت تصنع بعض غرز بشكل (u) فتقرب هذه الالياف من الخط المتوسط وترمم مصرة الشرج باعتناء .

ثم تخاط حافتا الجرح الجلدي حسب اتجاه امامي خلفي بغرز تحفض غشاء المهبل المخاطي في الوقت نفسه الذي تقطع منه اخيراً شريحة مثلثة طافحة وهكذا تكون قد رممت فوهة الفرج ويجب ان يكون العجان بعد العملية عالياً كثيفاً متيناً والفرج والمهبل ضيقين ضيقاً معتدلاً لانه لا بدَّ من التفكر بالولادات المقبلة .

واما في المسنات اللواتي انتهى زمن الحبل فيهن فيسد بعض المهبل وهذه هي عملية لافور اوكله وهذه هي عملية مولر وقد وسع هرتمان عملية لافور وقبلها حنا لويس فور. يسلخ على وجهي المهبل الامامي والخلفي مثلثان من الغشاء المخاطي محوراهما الكبيران عموديان ويخاطان بعدئذ بغرز من الحمشة مبتدئة بقاع المهبل ومنتهية بالفرج ويجب ان تكون السطوح المنضرة متناظرة تمام التناظر ويكون طولها ٧ — ٨ سم ويبتدأ على بعد سم من العنق وينتهي على بعد سم من صماخ البول ولا يترك في الجانبين الا شريط مخاطي عرضه سنتمتران وهو الممر الذي ستنصب فيه مفرزات الرحم . وتكمل العملية بخياطة العجان الداعمة وينزع مولر (من برن) جميع الغشاء المهبلي عن اكثر المهبل ويسد جوف المهبل المعرى بخياطة وبعد ان يدفع الاعضاء الهابطة جميعها يغلق المهبل قريباً من الفرج. ومحذور هذه العملية هو ابقاء رحم قد تتسرطن خلف هذا الجدار الندبي .

ومنهم من صنع اكثر من ذلك فاستأصل الرحم بطريق المهبل قبل ان يخيط المهبل غير ان هذه العملية لا تخلو من الخطر متى كانت المرأة مسنة .

وقد اشار شوطه بوضع الرحم بعد قلبها في الامام بين جدار المثانة

والمهبل غير ان هذه العملية خطرة ايضاً ولا يستطاع اجراؤها الا بعد الضهى (ménopause) .

وجميع هذه العمليات المعقدة ليست اضمن نتيجة ولا افضل من العمليات البسيطة التي ثبت نفعها . ويستطاع ان يشرك معها بعض العمليات المتممة التي من شأنها ضمان النجاح : تقصير الربط ، بتر العنق متى كان ضخماً .

فهذه العملية المثلثة خياطة المهبل الامامية وخياطة المهبل والعجان الخلفية مع خياطة الرافعات وتقصير الربط وهي الطريقة الفرنسية تفي بجميع الحاجات فهي تضيق المهبل وترمم العجان وتعيد الرحم زاوية قائمة على المهبل

ومتى حضرت العملية جيداً واتقن اجراؤها لا يحدث النكس الا متى قصرت العضلات والصفق تقصيراً تدريجياً يضعف النسج كما يحدث في بعض الفتوق بعد الخمسين .

فما هي العملية التي يحق لنا ان نعتمد عليها اذن ؟ ان الامر متعلق بدرجة سلامة الرافعات او تقصيرها .

فاذا كانت الرافعات حسنة تصنع خياطة المهبل الامامية وخياطة العجان الخلفية وخياطة الرافعات المتقنة أياً كان عمر المريضة : وهذا هو الوقت الاساسي .

ومتى كانت الرافعات مقصرة في امرأة فتية لا تزال تحيض يجب اجراء العملية المثلثة : خياطة المهبل والعجان الخلفية مع خياطة الرافعات وتقصير الرباطين المدورين وبتر العنق اذا كان مريضاً وضخماً واما اذا كانت المرأة مسنة ولا تحيض فيسد المهبل سداً واسعاً .

ومتى كانت الرحم او الملحقات مريضة (التهاب الرحم الشيخوخي ، عنق مشكوك فيه) تستأصل الرحم بطريق المهبل او البطن ويسد بعض المهبل او كله — هذا ما يقال في هبوط الاعضاء التناسلية التام .

واما متى كان الهبوط قسمياً وهي حالات نادرة تشابه فتوق المثانة او المستقيم او الفتق امام الرحم او فتق دوغلاس فيستدعي عمليات مناسبة لكل نوع من هذه الانواع . ثم تكمل العملية بخياطة العجان احتياطاً مع خياطة الرافعات .

معالجة الألم القطني

ينجم الألم القطني في الغالب من جهد قطني ويقع المرض في مفصل او في عدة مفاصل . وقد ينتشر حتى المفصل العجزي الحرقفي . ويجب ألاّ يلتبس المرض بالتهاب المفصل في العمود الفقاري ولا بالداء العجزي الحرقفي ولا بالخراجات العميقة . ويكون الرجا العجزي الحرقفي في هذه الحالة مؤلماً لدى الضغط بحيث يصعب على المصاب ان يلتفت او ان يتناول شيأ من الارض . ويشاهد خارج الكتلة العضلية تكثفاً تكشفه الاشعة .

وخير معالجة لهذه الحالة ، الراحة في السرير بضعة ايام من ٨ — ١٤ يوماً على ان تدفأ الغرفة جيداً وتستعمل محمرات جلدية .

ويحبذ كثير من الاطباء استعمال لبخ الانتي فلوجستين الحارة على الناحية القطنية مدة ساعتين الى ثلاث في كل يوم على اسبوعين فيسكن الألم .

والحذر من تحميم الجسم كاملا . ويكفي ان يتمنطق حول الناحية المتألمة بمنطقة من صوف مدة شهر منعاً لنكس المرض .



نتائج تفاعل السائل الدماغي الشوكي الايجابي

او السلبي في سياق الزهري بعد جهود ثلاثين سنة

« ٢ »

للاستاذ بول رافو عضو المحفل الطبي الفرنسي وطبيب مستشفى
القديس لويس في باريس
ترجمها الدكتور عزة مريدن الطبيب الداخلي في مستشفيات دمشق

— . الفصل الثاني . —

— تعاليم عامة عن تفاعلات السائل الدماغي الشوكي ومنشئها —

أرى من الضرورة قبل البدء بدرس المشاهدات التالية ذكر التفاعلات التي ساعدتنا كثيراً على درس السائل الدماغي الشوكي في مرضانا فان ذلك أدعى الى فهم هذا السؤال. منذ سنة ١٩٠٠ تعددت التفاعلات المتخذة لتحليل السائل الدماغي الشوكي كثيراً ثم ما لبثت ان شاع استعمال بعضها شيوعاً كثيراً واهملت تفاعلات أخرى واحتدم حول بعضها الجدال مدة طويلة واستعملها بعض العلماء فقط .

اما انا فقد جربت جميع تلك التفاعلات ولم احتفظ في تحرياتي الخاصة الا ببعضها لانه حينما يبت في تطبيق احد هذه التفاعلات يجب ان يلاحظ فيه حسن النتيجة وسهولة العمل فاذا ما قيست الصعوبات الفنية في التفاعلات مع نتائجها وجدنا ان اكثر الطرق المعقدة بل جميعها لا تأتي بنتيجة تفوق

النتيجة التي تأتي بها الطرق البسيطة ولذا فاني اقتصر على درس التفاعلات الاربعة التالية :

١ً — التفاعل الخلوي .

٢ً — تفاعل الآح الاجمالي (réaction globale des albumines) .

٣ً — تفاعل التثبيت (بوردة فاسرمان وتفاعلات التحوصب R.de floculation والتفاعل الجاوي) (غيين) .

٤ً — التفاعل الدموي .

ولا يخفى ان درس التفاعل الدموي يجب ان يسير مع التفاعلات السابقة جنباً لجنب .

آ — نبذة في منشإ هذه التفاعلات وطبيعتها

١ً — التفاعل الخلوي : هو اقدم التفاعلات وقد كنا اول من ذكر هذا التفاعل سنة ١٩٠٠ ولا يزال استعماله شائعاً وارى من اللازم ذكر بعض النقاط الاساسية عن هذا التفاعل : توضع على خلية ناجوت قطرة من السائل غير المتبذ لمعرفة عدد ما يحتويه ذلك السائل من العناصر الحيوية ، وليعلم انه ليس لعدد الخلايا اقل علاقة بوخامة التفاعل السحائي فان كثيراً من المسهومين او المصابين بالفلج العام لا يرى في سائلهم الدماغي الشوكي الا عدد قليل من الخلايا على عكس كثير من المصابين بآفات سليمة كداء المنطقة (Zona) والعقبول فانهم يظهرون تفاعلاً سحائياً واضحاً غير انه سريع الزوال خلافاً للزهري الذي يبدي في الغالب تفاعلات خلوية واضحة لا تلبث ان تضمحل من تلقاء نفسها ولا تكون وخيمة البتة وعندي انه

لا يستطاع تعيين الحد الاصغر لعدد الخلايا الذي متى اجتيز تمكننا من اثبات حالة مرضية ومع ذلك فليس لهذا الامر الا اهمية ثانوية لانه كثيراً ما نرى في التفاعلات الخفية والاشكال السليمة للزهري العصبي تزايداً في التفاعلات الخلوية مع اننا لا نرى هذا التزايد في الاشكال الوخيمة اذن فليس لتعيين عدد الخلايا اقل قيمة في الانذار .

اما ما يجب ان ينظر اليه بعين الجد فهو صفات الخلايا لانه كما لا يعبأ في الخزعة بعدد الخلايا المرتشحة في النسيج قدر ما يعبأ بطبيعتها فكذلك الامر في هذه التفاعلات فانه يهتم بايضاح طبيعة العنصر المكتشف وصفاته ، اما طريقة مدّ الراسب بعد الانتباذ على الصفيحة تلك الطريقة التي استعملتها مدة طويلة فلا تسمح بالاستيضاح عن صفات الخلايا التي قد تفسد بالتخفيف من جهة وبكلور الصوديوم المتكاثف من اخرى .

اذن فالتلوين الحيوي هو الطريقة المختارة التي درستها حديثاً مع المسيو بولان في مذكرة طويلة ظهرت في كانون اول سنة ١٩٢٧ ونشرت في (حولية امراض الجلد) ويستعمل في ذلك بيرونين المثيل الاخضر (Pyronine-vert de méthyle) وهو معيار (اونا — بابنهايم) .

يوضع السائل الدماغي الشوكي في انبوب انتباذ ضيق ما أمكن ثم يدار بسرعة شديدة ١٠ — ١٥ دقيقة وبعد ذلك يبان السائل عن الراسب بإمالة الانبوب وجعل ذروته الى الاعلى تدريجاً حتى يسيل جميع السائل المجتمع فوق الراسب قطرة فقطرة ثم يدخل في الانبوب ممص رقيق جداً ويحك به قعر الانبوب مكان الرسوب فينتقل الرسوب من الانبوب الى الممص

بالخاصة الشعرية فينشر ما في الممص على صفيحة نظيفة وتضاف اليه قطرة من البيرونين الحديث ويستر بصفيحة تحاط بالشمع من جميع جهاتها وتعاين بالمجهر.

فأولى العلامات المستحصلة هي سرعة تلون الخلايا لان اول ما يتلون من العناصر هي الخلايا المائتة خلافاً للخلايا الحية التي تبقى شفافة عدة ساعات ولا تتلون الا بعد ان تنقص حيويتها (ولذلك كانت تسمية التلوين الحيوي خطأ لان الخلايا الحية ترفض الملون ولا تقبله الا بعد موتها) اذن فمعرفة التلون الخلوي اتت بفائدة عظيمة لان وجود الخلايا الحية يدلنا على ان الآفة في دور نشاطها خلافاً للافات القديمة التي تميل الى التصلب فلا يرى فيها الا خلايا مائتة ، ويجب ألاَّ يكتفى بفحص هذا المحضر مرة واحدة بل تجب ملاحظة التلوين مدة طويلة اذ تبدو بعد زهاء ست ساعات نماذج خلوية متعددة : فبعضها ذو نواة زرقاء وهيولى وردية اللون شاحبة فيها نوية او عدة نويات وهي الخلايا البلغمية او ما تسمى وحيدات النوى .

اما الخلايا الاخرى فذات نواة زرقاء ونوية واحدة وتمتاز بلون هيولاها الاحمر القاني والحبيبي وباحجامها المختلفة فهي خلايا المصورة (Plasmazellen) التي كشفتها منذ تحرياتي الاولى وهذه الخلايا هي التي تشكل قوام النسج الزهرية ولذا فهي ترى في السائل الدماغي الشوكي كما ترى على مقطع نسجي ولها في كليهما الاهمية نفسها فهي تدل على آفة حادة وتقف شاهدة على التهاب سحائي فاعل وهي ايضاً نذير الخطر . وترى عدا ذلك كثيرات النوى واشكال اخرى مختلفة للخلايا كلها صورت على لوحة ملونة الحقت بالمذكرة السابقة . فاذا وضعنا عدد الخلايا المشاهدة في السائل الدماغي

الشوكي في الدرجة الثانية من الاهمية فان صفات هـذه الخلايا على العكس من الاهمية بمـكان لان الخلايا نفسها بصفاتها السابقة ترى ايضاً في السحايا

وقد اتفقت الآراء على الاعتراف بان جميع هذه العناصر المنتشرة في ملء السائل الدماغي الشوكي تأخذ نشأتها من الآفات السحائية الوعائية المحيطة بالنسيج العصبي النبيل ويستدل بها على البريميات الشاحبة .

يستدل مما تقدم ان ظهور هذه التفاعلات الخلوية باكراً قبـل غيرها يدعو الى الاستنتاج بان الآفات السحائيـة تتقدم كثيراً آفات الجوهر العصبي التي يشخص بها الزهري العصبي سريرياً على ان هذه القضية لا تزال قيد الجدل فالبعض يعتقد بان الآفات السحائية الوعائية هي الابتدائية وان آفات الجوهر العصبي هي تاليـة او معاصرة (رافو وفنسن وغيرهما) والبعض الآخر يعتقد العكس (سيكار ، سزاري وغيرهما) .

فاذا تركنا جانباً بعض الآفات الوعائية الصريحة المنفردة وبعض الآفات الصمغية الواقعة في ملء الجوهر العصبي رأينا ان الزهري العصبي المعتاد الذي ينتهي بالسهام او الفلج العام يتقدمه دور سحائي وان اصابـة الجوهر النبيل تأتي متأخرة كما انه من الممكن ان يترافق ظهور الاصابتين معاً مع بقاء ظهور الآفات السحائية الوعائية اولاً .

وارى من الفائدة ايراد بعض الاثباتات الجرثومية التي تؤيد منشأ هذه الآفات مع ذكر بعض التحريات والاعمال التي تدل على تقدمها على آفات الجوهر العصبي .

اثبات طبيعة الآفات السحائية الوعائية الزهرية بكشف البريميات في السحايا

المشاهدة الاولى التي كشفت بها البريمية في الجملة العصبية للانسان هي المشاهدة التي اذعتها وبونسل سنة ١٩٠٦ فهي تمهد السبيل الى بيان علاقة التفاعلات الخلوية للسائل الدماغي الشوكي بالتهاب السحايا الزهري اذ شاهدنا في ذلك المريض أبان حياته تفاعلاً خلوياً شديداً في سائله اليك ملخصه :

م . . . وعمره ثلاثة اسابيع ظهرت فيه مندفعات زهرية ثانوية بشكل حطاطات مجتمعة تغطي الوجه والجذع والعنق مع ازدياد واضح في حجم الكبد والطحال واختلاجات وحول .

في ١٥ كانون الثاني سنة ١٩٠٤ توفي ففتحت جثته فبدت كبد قاسية وطحال ضخم والتهاب الأم الحنون في الاقسام الامامية لنصفي الكرة الدماغيتين مع التهاب السحايا القاعدية الصريح .

وفي نهاية سنة ١٩٠٥ أبان الفحص الجرثومي عدداً كبيراً من بريميات الزهري في الكبد والطحال واوعية الدماغ ولا سيما في جذرها وفي النسيج الالتهابي المجاور وفي السحايا الفارشة لقاعدة الدماغ وكانت البريميات مفقودة في الجوهر المخي النخاعي والضفائر المشيمية .

وقد سنحت لنا الفرصة بعد سنة خلت بتدوين مشاهدة ثانية تشبه الاولى أتم الشبه : ب جرمن عمرها شهران ولدت من ام زهرية في ٢٨ تشرين الاول سنة ١٩٠٥ في كانون الاول سنة ١٩٠٥ داء فقاعي ومندفعات زهرية حطاطية على الاليين وكبد ضخمة وطحال ضخم واختلاجات وصلابة النقرة ، وبعد التحليل تفاعل خاوي شديد ولكن مقدار الآح طبيعي .

توفيت في ٣١ كانون الاول سنة ١٩٠٥ ففتحت جثتها فكانت كبد قاسية وطحال ضخم والتهاب السحايا القاعدية الصريح مغلفاً لملتقى العصب البصري (كياسما) واعصاب الناحية واوعيتها ثم كشفت بريميات عديدة في هذه السحايا الملتهبة كما كشفت تلك البريميات في احشاء اخرى مختلفة ولكنه لم يرَ لها اقل أثر في الجوهر العصبي وأما دم هذه الطفلة قبل موتها فقد كان مفعماً بالبريميات المتلازنة .

وقد نشرت صور هذه المشاهدات النادرة ووزعت في حينها .

فلهاتين المشاهدتين الاهمية الكبرى لانهما تبينان لنا :

١ً — علاقات التفاعلات الخلوية للسائل الدماغي الشوكي بالتهاب الاوعية السحائية .

٢ً — الطبيعة الزهرية لالتهاب الاوعية السحائية التي لا جدل فيها .

٣ً — البريميات في السحايا بينما الجوهر العصبي خلو منها وليست هذه الاستقرارات بنات الصدف لان في الاحشاء الاخرى كثيراً من هذا الطفيلي الامر الدال على ان الجوهر النبيل يقاوم الانتان الزهري باديء ذي بدء بدليل ظهور البريميات في الدم قبل الموت ببضع ساعات . وهذا برهان قاطع على ان الاستقرارات الزهرية في الجملة العصبية تصيب السحايا أولاً .

وقد نشر العالم (سيزاري) بعد مدة من الزمن مشاهدة كهل تشبه نتائجها نتائج المشاهدات السابقة اليك خلاصتها :

رجل له من العمر ٤٣ سنة اصيب بندفعات زهرية صدفية الشكل متعممة

(بعد شهر من ظهور القرحة فيه) وبعد اربعين يوماً اصيب بفلج شقي أيمن وبكم ثم تلاه سبات فموت .

وكان قد اجرى له قبل موته بزلين قطنيين تبين في كليهما تكاثر شديد في الخلايا البيض وعند فتح جثته شوهد التهاب السحايا في القسم الخلفي للنخاع القطني مع التهاب خفيف في الأم الحنون الواقعة عند الحدبة الحلقية وقاعدة المخ مع التهاب شرايين سيلفيوس والتهاب محيطهما واما البريميات فقد كانت متكاثفة في جوار العقيدات الصمغية وملئها ولم يذكر المؤلف وجودها في الجوهر العصبي او عدمه .

واخيراً لاتمام سلسلة الاعمال المجيدة التي أبانت علاقة التفاعلات الخلوية الصريحة بالتهاب الاوعية السحائية ليس لنا الا ان نذكر مشاهدة العالم (باندا) القريبة جداً من مشاهدة (سيزاري) مع ذكر بعض المشاهدات الاخرى التي تضاف اليها مثبتة ما ذكر :

يقول العالم كوانستاين وسيبجل تحت عنوان الأسس التشريحية لتغيرات السائل الدماغي الشوكي في الزهري الباسر والعلماء ونير وكلينيش وشافشريت في (حولية امراض الجلد) انه يستنتج استناداً الى واحد وثلاثين ميتاً فتحت جثتهم ، منهم ٢٦ رضيعاً وجنين واحد و٤ كهول اجريت لهم بزول قطنية كانت نتائجها ايجابية ، ان جميع التغيرات التي تطرأ على السائل الدماغي الشوكي ترافقها آفات سحائية ولا سيما في السحايا الشوكية .

وفي الحالات التي يكون بها السائل طبيعياً والمحور العصبي سليماً تشاهد الآفة تارة في المخيخ واخرى في المخ .

وقد شاهد (ده‌لابانكو وجاكوب) زهرياً لا يبدي اقل علامة سريرية تدل على استقرارات عصبية فأجريا له بزلاً قطنياً فكان في السائل الدماغي الشوكي تفاعل خلوي صريح وبعد اربعة اسابيع من البزل القطني مات المريض متسمماً بالفرونال ففتحت جثته فكان ارتشاح خفيف في الأم الحنون المخية والنخاعية ، وبعد هذا فلا حاجة الى تعداد المشاهدات الدالة على ان هذه الخلايا في السائل تنشأ من آفة سحائية وعائية وأردد ما قلت سابقاً عن اعتقادي بتقدم الآفات السحائية الوعائية ولا اراني مطيلًا الكلام اذا ذكرت بعض المستندات المثبتة لصحة ما أدَّعي .

ب — بعض البراهين الدالة على تقدم الآفات السحائية على آفات الجوهر النبيل

١ً — يستند البرهان الاول الى ما ذكرناه سابقاً من ان البريمية الشاحبة تستقر في الايام الاولى للزهري على الجملة السحائية الوعائية بينما يكون الجوهر العصبي خلواً منها .

٢ً — يستند البرهان الثاني الى درس سلسلة البزول الدالة على ان التفاعلات الخلوية الناتجة من التهاب السحايا هي التي تظهر اولاً .

٣ً — يستند البرهان الثالث الى بعض الاعمال التشريحية المرضية التي جنيتها من مجموعة استقراآتي ، واليك برهاناً ذكره فنسن في اطروحته :

اذا عمل مقطع على الجذوع او الاعصاب الجذرية لاجزاء التلافيف المخية في شخص مصاب بالتهاب السحايا المزمن ابان سيره (السهام اثناء سيره والفلج العام في بدئه) وفحص ذلك المقطع جيداً يرى ارتشاح بلغمي يتخلل الاخلية الضامة لعدة اعصاب او للام الحنون مع ان هذه الاعصاب في غالب

الاحيان لا تكون مشلولة كما لا يبدي المريض أقل اختلالات عقلية اذن فالحالة هنا التهاب سحائي والتهاب محيط الاعصاب مع التهاب باطن العصب الذي لم يبلغ اشده حتى يكون داعياً الى خراب العصب او الدماغ ذلك الخراب الذي يتجلى باختلالاته الخاصة به واني اذكر مشاهدتي لمريضين ماتا عرضاً ابان سير الزهري العصبي وكان بزلهما القطني ايجابياً ونرى في هاتين المشاهدتين ان الآفات السحائية كانت في أوج تكاملها بينما آفات الجوهر النبيل لم تكن الا قد ابتدأت :

ج — ت . . . عمره ٤٢ سنة اصيب بالزهري منذ ١٥ عاماً

الاعراض السريرية : اختلاف الحدقتين واتساعهما ، علامة آرجيل ، اختلاف الفعل المنعكس الداغصي ، فقد الاختلالات الروحية .

البزل القطني : تفاعل خلوي خفيف ، نون وآبات ايجابي ، بورده — واسرمان مانبيك ايجابي .

الدم : بورده واسرمان ايجابي — موت فجائي

فتح الميت : السحايا — مرتشحة بالبلغميات وخلايا المصورة .

قشر الدماغ — التهاب داخل الشريان في الشرينات ، تغيرات شبه متحولية في الدبق العصبي ، ، سلامة الخلايا ، فقد البريميات

القلب — التهاب الوتين والتهاب الشرايين الاكليلية .

وعلى الرغم من ان المؤلف لم يتبع مشاهدته هذه الا بقليل من الملاحظات يحسن بنا ان نقابل الآفات السحائية الوعائية الفاعلة الواصلة حتى القشر وآفات الدبق العصبي بسلامة الخلايا فالآفات السحائية الوعائية هنا اذن هي

التي تعلن بدء الزهري العصبي .

وربما كانت مشاهدة العالمين (سيستان وريزه) ادل وأوضح مما ذكرناه

لوفر . . . عمره ٤٣ سنة — علامة آرجيل مثبتة ، اختلالات في الافعال المنعكسة الوترية ، فقد الفكر الهذياني والانحطاط العقلي .

بالبزل القطني — خلايا كثيرة (٦٠) منها ٢٠ في المئة من خلايا المصورة.

الآح — ١,٥٠ غرام ، بورده واسرمان — ايجابي بشدة — جاوي وباندي — ايجابي صريح . الدم : — بورده واسرمان — ايجابي بشدة

مات المريض بعد ثلاثة اسابيع على اثر ذات القصبات والرئة :

فتح الميت : التهاب السحايا المزمن المنتشر

الدماغ — ارتشاح خلوي منتشر حول الشرايين ، انحلال اللونين المنتشر مع ارتشاح ما حول الاوعية كما في الشلل العام ولكن اقل منه بكثير .

وتلخص آراء ذينك المؤلفين بما يلي : التهاب سحائي مزمن والتهاب دماغي متنكر فشدة الآفات السحائية التي تفوق جداً آفات القشر وفقد الاختلالات الروحية في الآفات التي اصابت الجوهر النبيل تدل دلالة واضحة على تقدم الآفات السحائية ، وان المشاهدة المذكورة تدل على دور سابق للفلج العام كشفه التناذر الخلطي ودعمه فتح الجثة وقد اعقب المؤلفان مشاهدتهما بشروح طويلة — فهما يعدان الآفات السحائية بدئية والآفات الدماغية ثانوية والمشاهدة على رأيهما تتعلق بالدور السابق للفلج العام في صفحته السابقة للسريريات لانه لا دليل عليه سوى التفاعلات الحيوية .

واليكم اخيراً ما كتبه احد متخصصي الامراض الروحية (مرشن) في هذا الصدد وقد كان في معزل عن المجادلات النظرية التي دارت رحاها بين العلماء ولذا فان لرأيه في هذا البحث قيمته .

يقول مرشن : يبين التشريح المرضي الذي يوافق السريريات ، بكل صراحة وجلاء ان آفات الفلج العام تصيب اولاً وفي آن واحد النسيج الضام السحائي والنسيج الضام الوعائي المستبطنين للنسيج الدماغي وقد فحصت دماغ شخص مشتبه بالاصابة بالفلج العام ، بالنظر الى اختفاء الاعراض الدالة عليه ، فتبينت ان الآفات فيه تقع اولاً وفي آن واحد على النسيج الوعائي او على محيط الوعاء دون ان تغير شيئاً في الخلايا العصبية فاذا كانت الآفة شللاً عاماً حقيقياً وجدنا تكاثر البلغميات في السائل الدماغي الشوكي الذي هو أهم العلامات لالتهاب السحايا . فدور التدني الذي يرى غالباً في سياق سير مرض ريل (Rayle) يدل حتى في بدء المرض على ان العناصر الروحية لم تكن اصيبت الا قليلاً ويمكن الجزم حينئذ بامكان الشفاء اذا استطيع ايقاف سير المرض .

وهناك مشاهدات اخرى يمكن إيرادها في هذا الصدد ولكننا نكتفي الآن بما ذكرناه ونستنتج ما يلي :

١ً — ان التفاعلات الخلوية في السائل الدماغي الشوكي هي نتيجة من نتائج الآفات السحائية الوعائية

٢ً — ان هذه الآفات السحائية الوعائية مسببة من البريميات الشاحبة

٣ً — انه عدا بعض الالتهابات الشريانية وبعض الافات الصغية

وبعض البؤر المفردة المحدودة في ملء الجوهر العصبي فإن الشكل المعتاد المنتشر للزهري العصبي يبتديء في السحايا اولاً ويتجلى هذا البدء بظهور التفاعل الخلوي في السائل الدماغي الشوكي .

٢ً — معايرة الآحينات

لقد ابنت مع العالمين فيدال وسيكار منذ سنة ١٩٠٣ اهمية تحري الاحين في السائل الدماغي الشوكي عند درس الزهري العصبي وقد توصلنا الى هذه المعايرة منـذ أمد بعيد بواسطة الغلي البسيط ثم درسنا كلاً من المصلين والكريين على انفراد غير انه بعد ان اجرينا تحريات عديدة تبين لنا ان تحري الاحين الاجمالي اسهل من تحري كل من نوعيه على انفراد وان نتائجه أعظم فائدة، وبعد مدة من الزمن ابتدأ العالمان : (نون وآبلت) بدرس هذه التفاعلات وعرفت منذ ذلك الحين تحت اسم تفاعـل (نون وآبلت) على الرغم انها كشفت في الوقت الذي بدأنا به تحرياتنا ولكننا تخلينا عن تلك الطريقة ولم نعد نستعملها . ومنذ ذلك العهد اوجـد العلماء طرائق متعددة كلاً منها تحمل اسم موجدها وعلى الرغم من اظهار كل لمحاسن طريقته فقد اخلصنا نحن لطريقتنا الاولى وهي تحري الاحين الاجمالي فهي ترجح على غيرها لسهولة العمل فيها ولسرعة الحصول على النتائج الصحيحة .

ويجرى هذا التحري بانبوب (سيكار وكانتالوب) الذي يشبه انبوب (اسباخ)البولي غير ان قراءة النتيجة في انبوب سيكار — لا تجرى الا بعد ٢٤ ساعة وعليه يمكن الالتجاء الى المعايرة بقياس الشفوف méthodes dia-

(phano-métriques فقد وضعنابالاشتراك مع (بوايه) سنة ١٩٢٩ طريقة خاصة يمكن بها الحصول على نتيجة تقريبية لمقدار الاحين ببضع دقائق .

ان منشأ آحينات السائل الدماغي الشوكي على غاية من الاهمية غير ان البحث في منشئها مختلط جداً فهي تتبع في نشأتها النظريات التي ذكرت في منشإ احينات البول ويذكر فيها المجادلات نفسها التي حامت حول منشإ آحينات البول فيما لو عمق البحث كثيراً وقد نصحت الى تلميذين من تلاميذي بدرس هذه القضية فقاما بجميع ما اوعزت به اليهما وجعلا منها اساس اطروحتهما سنة ١٩٢١ وسنة ١٩٢٤ وعدا تزايد الاحين في السائل الدماغي الشوكي الناتج من اشتراك الدم مع السائل كما يرى فيسياقالتهابات السحايا النزفيـة وكسور الجمجمة والارتجاج الدماغي فان ازدياده كثيراً ما يكون بنتيجة لتزايدالخاصة النفوذيةللسحايا او من انحلال الخلايا البيض الموضعي او من ارتشاح المواد الشبيهة بالاح الاتيةمن الجوهر العصبي المخرب

واراني مضطراً الى ترك هذا البحث الان لأن الخوض فيه يخرجني عن الصدد واقول ان العلماء لم ينظروا بعين الاعتبار الى منشإ الاحينات من الجوهر العصبي وكثيراً ما صدمت خواطري منذ أمد بعيد بهذا التوازي بين سعة التفاعلات الاحينية والتفاعلات الغروية ولذلك فقد حام حولي الظن بان منشأ هذين التفاعلين واحد .

٣ — تفاعل بورده واسرمان وتفاعلات التحوصب : ان هذه التفاعلات على اختلاف طرقها ترمي الى مقصد واحد وهو كشف مواد تنتج من تأثير البريميات في النسج وقد جد العلماء كثيراً في معرفة كنه هذه المواد الجديدة

غير انهم وقد خاب سعيهم قالوا عن هذه المواد انها مواد آحينية او غروية او شبه شحم على ان معرفة طبيعتها ليست بذات اهمية بالنسبة الى دلالتها على وجود طفيلي الزهري دلالة صريحه عدا بعض الحالات النادرة فكم تكون قيمتها عظيمة اذن في تشخيص الزهري العصبي . والمهم من هذا هذا البحث هو منشأ هذه الاحينات وفي ذلك رأيان فالبعض ومنهم (دوجاردن) يقول بمنشئها الدموي وان مرورها الى السائل الدماغي الشوكي ناتج من اختلال القوة النفوذية للسحايا المسبب من الآفات السحائية الوعائية

والبعض الآخر وانا اول نصرائه يقول بمنشئها الاكيد من الجوهر العصبي بعد ان يتبدل تبدلاً مرضياً تحت تأثير البريميات . فكما ان العناصر التي تستند اليها أسس التفاعلات الدموية تأتي من استعمار الطفيلي لبؤر مختلفة فكذلك الحال في السائل الدماغي الشوكي فان المواد التي تشكل اساس التفاعل فيه تأتي من الجملة العصبية التي استعمرتها البريميات وقد دعم هذه الاراء ما قام به العالمان (لوفا ديتي ويامانوشي سنة ١٩٠٨) اللذان قالا باختلاف بيّن بين تفاعلات الدم والسائل الدماغي الشوكي وان كلاً من هذين التفاعلين ينمو منفرداً لأن كلاً منهما يسكن في بيئة مختلفة عن الاخرى .

حتى اني لأتساءل عما اذا كان تفاعل بورده — واسرمان الدموي في سياق الزهري العصبي ناشئاً من مرور اجزاء الجوهر العصبي المخرب للدم إما رأساً واما عن طريق السائل الدماغي الشوكي ، على اني لست بمستطيع ايراد جميع الأدلة التي أتصورها لدعم هذه الاراء المتقابلة وسأعود الى هذا

السؤال الذي درسه جيداً تلميذي (بوكاج)في اطروحته الصادرةسنة ١٩٢٤

٤ً — تفاعل بورده — واسرمان الدموي — ان ما أبنته من استقلال كل من التفاعلات الدموية وتفاعلات السائل الدماغي الشوكي في سياق تكامل الزهري العصبي يوضح بشكل جلاء ان درس الدم كثيراً ما لا يكون مرشداً اميناً في وضع التشخيص غير ان سلسلتين من المباحث ينظر اليهما الشكل نظرة اعتبار قد تفيدنا الفائدة الجلي وتجب معرفتها . فان تفاعل بورده واسرمان الدموي المستديم الذي يعصي التداوي النوعي عصياناً لا توضحه السريريات يدل على لزوم فحص السائل الدماغي الشوكي ففي الغالب وعلى الرغم من اختفاء كل علامة سريرية في الجملة العصبية قد نجد سبباً لدوام التفاعل الدموي وذلك بظهور التفاعلات الايجابية في السائل كما ان كون التفاعلات ايجابية في الخلطين معاً نذير السوء ويدل على خطر الآفة العصبية والامر الثاني الذي تجب معرفته هو انه ما كل تفاعل دموي سلبي يدل على سلامة الجملة العصبية وكثيراً ما امعنت النظر جيداً في تمحيص هذه النقطة لأني شاهدت كثيراً من العلماء الاعلام يقترفون هذه الخطيئة فللوقوف على حال الجملة العصبية يجب ان يلجأ دوماً الى فحص السائل الدماغي الشوكي لا الى فحص الدم .

ب — بند في تعليل تفاعلات السائل الدماغي الشوكي من وجهتي السير والشدة

ان ما يجب التفتيش عنه في الزهريين من العناصر سواء أفي السائل الدماغي الشوكي أم في الدم يستطاع وجوده منفرداً او مجتمعاً وهو يهبنا من حيث شدته وسيره وتناسقه معلومات قيمة يحسن تأويلها لعلاقتها المباشرة

بالافات التشريحية للجوهر العصبي او لغلفه اذ هي المرآة التي تنعكس عليها صورة ما يقع في هذه الاعضاء من الاختلالات ويعادل تحليلها بقيمته خزعة حقيقية اجريت على ملء الجملة العصبية .

١ً — في سير هذه التفاعلات وتكاملها : ان سير هذه التفاعلات المختلفة يتبع دائماً الافة التشريحية فهي لا تظهر صدفة او عفواً بل لها سير منتظم تمكنت من متابعته باجراء بزول متعددة لمرضى متنوعين في سنين متتابعة وتحقيق ذلك صعب وشاق اذ كثيراً ما يختفي المريض عن الاعين او أن الطبيب لا يتمكن من اجراء البزل في الوقت المناسب لرغبته .

فأول هذه التفاعلات هو التفاعل الخلوي الذي يظهر باكراً وتبدو علاقته بالافات السحائية وهو سريع الزوال فقد لا يدوم الا بضعة اشهر وهذا ما يرى في بدء الزهري اي في الدور الخججي وقد اثبت وجود هذا الدور للمرة الاولى سنة ١٩٠٣ في ٦٣ في المئة من حوادث الزهري الثانوي ويرى ايضاً أبان الهجمات الاحتقانية للجملة العصبية بنتيجة مؤثرات مختلفة. ومتى كان هذا التفاعل الخلوي قصير الأمد نشاهد تكاثر البلغميات ووحيدات النواة وبعض خلايا المصورة ولا يرافق هذا التفاعل شيء آخر ثم لا يلبث ان يختفي بعد بضعة اسابيع او اشهر دون ان يبقى اقل اثر او يتجلى بأخف عرض سريري . وقد يكون هذا التفاعل دائماً فيزداد شدة من وقت لآخر ويضاف الى البلغميات ووحيدات النواة كثيرات النواة وعدد كبير من خلايا المصورة كما تزداد في ذلك الحين كمية الآحين وتصبح دليلاً على الخطورة والوخامة ولكن التداوي النوعي يعيد كل شيء الى حالته الطبيعية ويزول كل اثر

للتفاعلات الخلوية او الآحية .

وفي بعض الحالات الاخرى تزداد هذه التفاعلات شدة فتكثر خلايا المصورة والاحين زيادة تدريجية حتى يصل الى ٦٠ , — ٧٠ , . وربما تجاوزه وعندها تبدو تفاعلات بورده واسرمان والجاوي بالظهور ويبقى تفاعل الدم طيلةهذه المدة ايجابياً في الغالب واما مدة هذا السير التدريجي فقد تقع بسرعة فائقة وفي بضعة اسابيع احياناً وهذا ما يرى في كثير من حالات الزهري العصبي الباسر وفي بعضها تكون بطيئة السير فتدوم عدة شهور . وفي اكثر الحالات الواضحة الشديدة يرى ، كما تدل على ذلك مشاهداتنا الخاصة ، منذ الاشهر الاولى التي تمر على بدء الزهري ان التفاعلات تصل الى درجتها القصوى من الشدة شاهدة بذلك على ترافق الافات السحائية مع آفات الجوهر العصبي النبيل ، وبعد ان تبلغ هذه التفاعلات اقصى شدتها تقف عن السير او تميل الى التناقص فأول التفاعلات تناقصاً هو التفاعل الخلوي فتقل خلايا المصورة وتصبح الصيغة الكروية صيغة بلغمية وبعد ذلك تتناقص التفاعلات الاحينية (بورده واسرمان والجاوي) وبعد قليل من الزمن ينمحي هذان التفاعلان ولا يبقى سوى ازدياد مختلف الشدة في الاحين ترافقه صيغة بلغمية خفية في اغلب الاوقات وهذا ما يرى في سياق السهام القديم المنتدب وفي الزهري العصبي المنطفيء سواء بنتيجة المداواة او بنتيجة سيره العفوي الى الندب .

٢ً — شدتها: يستطاع تقسيمها ثلاثة نماذج حسب طريقة تناسقها :

(١)ً — التفاعلات الخفيفة : وهي التي يرافقها تفاعل خلوي صريح اماعدد

الخلايا فيختلف اختلافاً لا يدعو الى الشك بوجود اشكال وخيمة لان السحايا في اثناء سير الزهري تقوم باعمال شاقة في سبيل الدفاع تجلى بتفاعل خلوي شديد ولكنه لا يلبث ان يزول سريعاً دون ان يبقي اثراً واما العناصر التي ترى في الغالب فهي البلغميات ووحيدات النواة وبعض كثيرات النوى وقليل من خلايا المصورة، واما كمية الآح في هذه التفاعلات فتقرب من الحد الطبيعي وتفاعلات التثبيت والجاوي تبقى سلبية . فما يميز هذه التفاعلات الخفيفة هو اذن كثرة الخلايا وعدم ازدياد الآح زيادة محسوسة وسلبية تفاعل بورده واسرمان والجاوي وبالنظر الى ظهور هذه الامارات في بدء الزهري فان الدم يكون دوماً ايجابياً لا من الآفة السحائية بل من تلك الصفحة الخمجية التي يمر بها الزهري .

(٢) — التفاعلات المتوسطة الشدة : تمتاز بكثرة العناصر الخلوية السابقة غير ان التفاعل الخلوي أغنى منها بخلايا المصورة وكثيرات النوى واما مقدار الآحين فيزداد ازدياداً صريحاً من ٢٠ ، — ٣٠، (الحدالوسطى) حتى ٠,٥٠ ٠,٨٠ فهذه التفاعلات الوسطية تمتاز اذن بتفاعل خلوي قوامه البلغميات ووحيدات النواة وكثيراتها ولا سيما خلايا المصورة وزيادة واضحة في كمية الاحين غير ان تفاعل بورده واسرمان والجاوي يبقيان سلبيين ايضاً .

(٣) — التفاعلات الشديدة وهي التي تظهر فيها التفاعلات الاربعة بشدة مختلفة .

التفاعل الخلوي : يتجلى بظهور كمية كبيرة من الخلايا ولاسيما خلايا المصورة والبلغميات ووحيدات النواة وكثيراتها وعندي ان صفات الخلايا اشد دلالة

من عددها .

التفاعل الآحي : وفيه يتراوح الاح من ٠,٥٠ — ١,٥ غراماً وقد يتجاوز ذلك .

تفاعل بورده واسرمان يكون ايجابياً بشدة واما تفاعل الدم فيكون ايجابياً دائماً في هذه التفاعلات الشديدة الخطر .

ولم أرغب في تقسيم هذه التفاعلات الى النماذج السالفة الا لانظم الافكار الموضوعة لحل هذه المسألة والحقيقة ان هذه الدرجات لا يفترق بعضها عن بعض بحدود واضحة جلية لانه كما يصعب ايجاد مريضين متشابهين أتم الشبه فكذلك يصعب ايجاد تفاعلات متشابهة ايضاً فالعناصر في كل هذه التفاعلات واحدة غير ان تماسك هذه العناصر في كل منها مختلف عن الاخر فالى الطبيب وحذاقته يعود ايضاح هذه المعلومات بمقابلتها مع المعلومات السريرية وماالاختلافات المشاهدة الا ناتجة من شكل الافة التشريحي ودرجتها من السير والتكامل .

٣ً — تعليلها علينا اذا اردنا تعليل هذه التفاعلات ان نتذكر دائماً ، ولا اخشى ان اعيد ذلك، انها دليل على آفة تشريحية ويستطاع من طبيعة العناصر التي تؤلف قوام التفاعل وشدته تعيين درجة الافة التي سببته ومن تناسق التفاعلات وتكامل سيرها فتمكن من تعيين نوع الافة المتعلقة بها ولقد أوضحنا ذلك وعرفنا ان التفاعلين الخلوي والاحي الخفيف هما نتيجة الافات السحائية وان آفات الجوهر النبيل تتجلى بالتفاعلات الآحية الشديدة وتفاعلات التثبيت والتحوصب .

وترى العناصر المذكورة حسب تكامل الافات التشريحية اما مجتمعة او منفردة فتكون منفردة متى كانت الآفة في طريقها الى التكون حيث تضاف العناصر بعضها الى بعض او في طريقها الى التدني حيث تمحي الواحدة تلو الاخرى وتكون مجتمعة حينما تصل الآفة الى أوج حدتها . ولقد أوضحنا النمط الذي تتبعه في اثناء تشكلها وزوالها وهكذا تستطاع رؤية تفاعلات تامة او ناقصة حسب الزمن الذي اجري به البزل القطني فتعليل تلك التفاعلات اذن لا يكون الا بعد معرفة عمر الزهري والاعراض السريرية اذا كانت . لندرس الان سير التفاعلات الايجابية ومدلولها ثم نتطرق الى درس ما يمكن الاستدلال به حينما تكون التفاعلات سلبية (للبحث صلة)

آفات الجملة العصبية المركزية في داء المنطقة : قدم الحكيمان م . فافر و ج .دشوم M. Favre et J . Dechsum الى الجمعية الطبية في ليون مشاهدتين سريريتين تشريحيتين عن مريضين أُصيبا قبل وفاتهما بشهرين بداء المنطقة .

ويستنتج من مشاهدتيهما ان الفحص النسيجي المرضي اظهر تغلب الآفات في القرن الخلفي وان التغيرات بدت ايضاً في الجوهر السنجابي القريب من القرن المذكور . وقد شاهدا في الجذع الدماغي وفي نوى القاعدة السنجابية بؤراً افات وانزفة صغيرة مقرها حول العروق . يبين لنا تأذي الجملة العصبية المركزية اسباب الاضطرابات الحركية في داء المنطقة (فلوج حبلية ، فالج شقي متصالب في داء المنطقة العيني ، والدنف السريع الذي يصاب بـه المريض)

مطبوعات حديثة

القطوف الينيعة في علم الطبيعة

اهدى الينا زميلنا الدكتور جميل بك الخاني استاذ الامراض الجلدية والزهرية وعلم الطبيعة في معهدنا الطبي الجزء الاول من كتابه القطوف الينيعة في علم الطبيعة . وهو الجزء الذي صدر مؤخراً ضاماً بين دفتيه مقدمة الكتاب وابحاث الميكانيك والموائع والغازات والحرارة .

ولدى تصفحنا الكتاب وجدناه كبير الحجم واقعاً في ٤٦٩ صفحة فيها ٣٧٥ رسماً . وقد سرى في نفسنا حين قراءة بعض فصوله ، شيء كثير من الاعجاب بمقدرة زميلنا المؤلف الذي وجد الوقت الكافي لوضع هذا الكتاب النفيس، لا سيما وهو طبيب ممارس وفي الوقت عينه يقوم بتدريس الامراض الجلدية والزهرية وسريرياتها في عيادات معهدنا الطبي . وقد رأى حضرته ان صف العلوم بمعهدنا يفتقر الى هذا الكتاب فاندفع بكليته الى وضعه فانجز الجزء الاول الذي نقلبه الآن بين أيدينا ، وسيتبعه بالاجزاء الاخرى ان شاء الله .

وفضلاً عن ان مادة الكتاب غزيرة تلم بتفاصيل الابحاث العويصة التي يشتمل عليها ، فهو مكتوبٌ بلغة سهلة فصيحة ، طالما عودناها الاستاذ في ابحاثه اللغوية الطريفة على صفحات هذه المجلة .

فنقدم لزميلنا المؤلف جزيل شكرنا على هديته الغالية .

موجز في مبحث السموم

لمؤلفيه

الدكتور ميشل الشامندي والكيماوي محمد صلاح الدين الكواكبي

اصدرت المطبعة البطريركية بدمشق هذا الكتاب لمؤلفيه الدكتور ميشل الشامندي استاذ مفردات الطب وفن المداواة والطب الشرعي ومبحث السموم في معهدنا الطبي واستاذ الطب الشرعي في معهد الحقوق، والدكتور في الصيدلة الكيماوي محمد صلاح الدين الكواكبي . وقد اهدى الينا الكتاب مؤلفاه الفاضلان فألفيناه جامعاً لأوابد هذا العلم وشوارده ، ومنهلًا عذباً يفيض سلسبيل مائه فيروي غلة وارده . وانه لكذلك وان يكن متناوله لا يتعدى العقار النافع والسمّ الزعاف. اذ هو لا يترك المسموم في احتضاره قبل ان يبادره بأفعل وسائل الاغاثة وانجع وسائط الاسعاف .

والكتاب فريد في بابه بلغتنا العربية . نخال ان مؤلفيه لم يسبقهما كاتب عربي الى طرق الموضوع الذي تناولاه في كتابهما النفيس . فهو ولا ريب يسدّ نقصاً كبيراً في لغتنا الشريفة ويطلق الالسنة بالثناء على حضرة المؤلفين لما بذلاه من الجهود الغالية في كتابة الكتاب واهدائه الى عالم العلم واللغة في ثوبه القشيب .

وانا بشكرنا لحضرة الزميلين الفاضلين على هديتهما النفيسة نعبّر عن عواطف كل زميل لهما في هذا المعهد الذي يفخر بهما الفخر كله ، فنهنئوهما على مانالاه وانالاه من الشرف والفخار ونتمنى لكتابهما ما يستحقه من الرواج والانتشار .

الدكتور ميشل خوري

صناعة الورق

« ٣ »

للدكتور في الصيدلة صلاح الدين مسعود الكواكبي

١ — مذيبات السلولوز

اكسيد النحاس النشادري : يذوب السلولوز في محلول اكسيد النحاس النشادري وهو المعروف باسم مائع شوايتسير Schweitzer . ويهيأ كما يلي :

يرسّب CuO من محلول كبريتات النحاس بمعالجته بالصود بملامسة كلور النشادر . يؤخذ الراسب ويغسل جيداً ثم يذاب في NH3 (ثقله ٠,٩٢) فالمحلول يجب ان يحتوي على :

١٠ — ١٥ ٪ من HN3

٢ — ٢,٥ ٪ من CuO

ولا يكون انحلال السلولوز فيه تاماً الا اذا كان نقياً جداً من الشوائب.

يصنع من هذا المحلول خيوط لمّاعة تشبه الحرير بامراره من اجهزة ذات ثقوب دقاق كما سيأتي معنا . ويجب ان يجهز المحلول في حرارة منخفضة والا تأكسد السلولوز ولم تنتج خيوط جيدة .

وقبل اذابة السلولوز تحسن اكسدته او اماهته(بأثير الصود الكاوي بالبرودة) ومعالجة الخيوط بعد ذلك بأحد الحموض. وفي كلتا الحالتين تستحصل خيوط يختلف بعضها عن بعض من حيث الاصطباغ . فالخيوط الناتجة من السلولوز المميّه تعالج كالقطن تماماً اي يجب تثبيتها بمثبت mordant . اما الخيوط الناتجة من السلولوز المؤكسج فلا تحتاج غالباً الى هذه العملية .

وقد يحضر محلول النحاس النشادري بغمس صفيحات النحاس الرقيقة في روح النشادر الكثيف وامرار تيار هوائي بحيث يمر من الهواء ٤٠ ضعفاً من حجم السائل (٦ ساعات تقريباً) .

كلور التوتياء المائي : يذاب السلولوز في محلول كلور التوتياء في حرارة قدرها ٦٠ — ١٠٠ على الصورة الآتية :

جزء واحد سلولوز (قطن)

٤ — ٥ اجزاء كلور التوتيا

٦ — ١٠ اجزاء ماء

ويسخن المزيج بلطف لاتمام العمليـة . فيحصل محلول متجانس بقوام الشراب يترسب باضافة الماء والكحول . يستعمل هذا المحلول في حاجات شتى ، وتحسن اماهة السلولوز قبل اذابته، بمعالجته بالصود الكاوي بالبرودة هذا المحلول اذا سحب خيوطاً وعولجت هذه الخيوط بالكحول اصبحت لمّاعة وهي المسماة (شبه الحريرية) . وقد تصنع من محلول السلولوز هـذا خيوط المصابيح المتأججة وذلك بتخثير الخيوط حين خروجها من الثقوب الدقاق ، بمحلول كحولي ثم غسلها بحمض الكلوريدريك والماء ثم تفحيمها carbonisation

وقد يستعمل محلول كلور التوتيـاء الكلوريدريكي (جزء Cl^2Zn في جزءين ClH) لكن السلولوز المعالج بهذا السائل تتبدل طبيعته اذ يتميّه .

ب — فعل القلويات

السلولوز يقاوم فعل القلويات على وجه عام . فان محلولاً بنسبة ١ — ٢ ٪ من $Na2O$ لا يؤثر فيه تأثيراً محسوساً حتى ولا بدرجة + ١٠٠° من

الحرارة . غير ان الخيوط تصبح رخوة شيأ قليلًا خصوصاً بملامسة الهواء

واذا كان المحلول القلوي كثيفاً فالانفعال يكون بطيئاً جداً بالحرارة . اما في البرودة (١٠ بالمئة من Na_2O) فان خيوط القطن تتغير طبيعتها وتنكمش انكماشاً خطيراً بحيث تصبح بشكل اسطواني بعد ما كانت بشكل منبسط وذلك لحدوث مادة هي السلولوز القلوي alcali-cellulose بصيغة $C_{12}H_{20}O^{10}, 2NaOH$.

فاذا غسلت هذه المادة الجديدة ، بالماء زال القلوي عنها وبدا السلولوز بشكله المائي $C_{12}H_{20}O_{10}, 2H_2O$ المسمى السلولوز المولّد régénerée وهو اكثر ذوباناً في مذيبات السلولوز . ويستفاد من هذه الخاصة في معالجة الالياف على طريقة مرسه (Mercerissage) وجعلها خيوطاً صالحة للخياطة والنسج . لان الالياف على هذه الصورة تصبح شفافة واكثر لمعاناً وقبولاً للاصباغ .

يستعمل في طريقة مرسه هذه محلول من الصود بثقل ١,٢٢—١,٢٧.

للسلولوز القلوي هذا خاصة ذات شأن هي ذوبانه في كبريت الفحم وتكوينه جسماً هو كسانتات السلولوز :

$$C_6H_9O^4.ONa + CS_2 = SC \begin{cases} OC_6H_9O_4 \\ SNa \end{cases}$$

ويستعمل لاجل ذلك من الصود مقدار اكثر مما تقتضيه المعادلة لذلك يجب مزج :

١٠٠ جزء	من السلولوز
٥٠ جزأ	« الصود الكاوي
٤٦ جزأ	« كبريت الفحم

واذا احسن تأسيس المعمل امكن خفض مقدار (CS_2) الى ٢٥بالمئة .

محلول السلولوز هذا يدعى فيسكوز Viscose .

يوضع القطن او عجين الخشب المغسول جيداً في محلول من الصود نسبته ١٥ بالمئة وبعد برهة يجعل السلولوز على مرشحة مثقّبة لينضب ثم يعصر بحيث يبقى محتوياً على ثلاثة امثال وزنه، من المحلول القلوي. يترك بعد ذلك ثلاثة ايام في جهاز مغلق ثم يضاف اليه ٤٠ بالمئة من CS_2 ويحرك دقيقة او اثنتين ويترك وشأنه ساعتين او ثلاث او اكثر فيحصل سائل لزج قليلاً وبلون اصفر فيرشح او يثفّل بالمثفلة ليروق .

وقد يخثر ويجفف للحصول على اوراق شفافة ملساء . ويمكن ان يستحصل بحالة كتلة قاسية يستطاع صبغها وشغلها بسهولة .

وفي الغالب يستعمل عجين الخشب الصافي جداً المطهر من الشوائب والسلولوز المؤكسج بغسله بمحلول الصود الكاوي الممدد .

(للبحث صلة)

الجزء ٤ المجلد ٩



دمشق في نيسان سنة ١٩٣١ م الموافق لذي القعدة سنة ١٣٤٩ هـ

بثرة الشرق في دمشق

للدكتور جميل الخاني

استاذ الامراض الجلدية في المعهد الطبي بدمشق

ترجمها عن مجلة الطب والصحة الفرنسية السيد عبد الحليم العلمي

لقد خصصنا هذا المقال للحالات التي شهدناها في دمشق، وهي الحالات المقصودة (١)، لان دمشق كانت منذ عشر سنين مصونة من داء الليشمانيات الجلدي (٢)، وما الوقائع التي كنا نلاحظها حتى بدء هذا التاريخ، الا في اشخاص يقطنون بلاداً تنتشر فيها بثرة الشرق منذ القديم، كحلب وبغداد والبلاد الاخرى المتاخمة لسورية.

اما الحادثات الاولى التي يجوز لنا ان نعدها ناشئة في الشام نفسها فيرجع تاريخها الى عشر سنين فقط كما ذكرنا سابقاً، لانها ظهرت في افراد لم يغادروا

(١) (immédiates) (٢) (leishmaniose)

المدينة قطعاً ، وكلهم يقيمون في حي واحد ، وهو حي المهاجرين ، ذلك الحي الكائن على سفح جبل قاسيون ، والمعروف بانه احد الملاجيء التي تكثر فيها خازعات الوريد (١) .

هذا وقد كانت الاصابات في ذلك الحي قليلة جداً ولم تأخذ في الازدياد عما قبل .

ولكن لم يلبث داء الليشمانيات ان ثبت وجوده منذ سنتين او ثلاث خلت في بقعة اخرى من المدينة،مقابلة للاولى تماماً ، وهي حي الميدان المحاط بالبساتين ، والمعدود كمدخل لغوطة دمشق ، حيث وقعت حوادث الثورة الاخيرة ، التي انتجت انتشار واخزات الوريد انتشاراً هائلاً وذلك لتأخر المهادنة طويلاً ، وترك اشلاء القتلى ، وتراكم الاقذار الكثيرة .

واما الحشرات الاخرى ، ولا سيما البعوض عامة ، والخبيث منه خاصة ، فقد كانت كثيرة ايضاً ، ولذا تعد هذه المنطقة منطقة مستنقعات ومرازغ ، مما يدلنا على ان البعوض ليس له اي عمل في نشر الداء المذكور . وتقع بثرة الشرق اليوم في اكثر ضواحي عاصمة الامويين ، وقد ظهرت ايضاً في قرية كائنة على طريق دمشق — بيروت حين انتشارها في دمشق ، وهي قرية مضايا ، تلك القرية التي استولى المرض عليها مؤخراً بكثرة غير مألوفة . وقد وجدنا ان الامور الآتية كانت من اسباب ظهور البثرة في بلدتنا وهي :

١ — الحالة السياسية التي جعلت من حلب ودمشق دولة واحدة وسهولة المواصلات بين المدينتين وسرعتها وارتباطها بسكة من الخطوط الحديدية

(١) (phlebotœmes)

اذ لا يخفى ان مدينة الشهباء كانت ولا تزال مقراً عظيماً للمرض المذكور ، ولذا اطلق جميع اطباء الشرق الأدنى على هذه الحبة اسم بثرة حلب .

٢ — كثرة السيارات التي قصرت المسافة بين دمشق وحلب وبين دمشق وبؤرة اخرى لداء الليشمانيات وهي بغداد ، وبين دمشق وحوران ايضاً حيث يغدو ويروح المرضى الوبئون .

٣ — هجرة الارمن الى الديار السورية عامة ودمشق خاصة .

لقد كشفت لنا الجاهرة (مكرسكوب) في جميع الوقائع التي عالجناها ان عامل المرض الاكيد ، هو ذلك الطفيلي المسمى بالليشمانيا الدملية(١) والمرض يفتك في الذكور بنسبة ٩ — ١٠ ، وفي الاناث بنسبة اقل من ذلك ، ويظهر في كل سن ، ولكنه يوآثر سن الكهولة ، فيشاهد غالباً بين العقد الثاني والرابع من العمر وهو قليل في الاولاد ، ونادر في الشيوخ .

اما مدة الحضانة فغير محدودة ، وقد كنا نلاحظ حينما كانت دمشق خالية من الداء المذكور ، ان الآتين من حلب او بغداد وظهرت فيهم البثرة بعد حلولهم في دمشق كانوا غادروا هذين البلدين منذ ٤ ، ٥ ، ٦ اشهر ، الامر الذي يدلنا على ان دور الحضانة قد يمتد طويلاً .

❀ ❀ ❀

واما اشكال داء الليشمانيات السريرية في دمشق ، فهي الاشكال المألوفة اذ ان الشكل الكثير الوقوع ، يظهر في دور الصولة ببثرة صلبة ، مرتشحة ، حجمها كحجم البندقة ، محاطة بمنطقة حمراء قاتمة ، وعلى تلك البثرة قروح تنز

(١) Leishmania furonculosa

تارة مصلًا لزجاً ، وطوراً قيحاً فيما اذا خالطتها عفونـة موضعية أُخرى ، والقروح تكون مستورة بقشور ملتصقة تسقط وتتجدد على التوالي ، وقد يمتد التقرح سطحاً وعمقاً مستولياً على مساحة تبلغ سعتها ١٠ ، ١٥ ، ٢٠ سنتمتراً مربعاً .

وعدا هذا الشكل الاعتيادي ، يشاهد شكلان نادرا الوقوع ، احدهما شكل اشبه بسل الجلد ، اذ يرى فيه ما يمثل ادران هذا الداء ، وحجم بثرته كحجم حبة الدخن ، لونها نارنجي الى الصفرة ، قوامها رخو هش ، وتدوم كثيراً دون تقرح ولا تقشر . وثانيهما الشكل الورمي ، وهو يظهر بتقرح عظيم ، او بعدة ائتكالات تكون على بارزة كالجوزة حجماً ، او اكبر ، والائتكالات تدمى عند قلع القشور الملتصقة بها التصاقاً قليلًا . ويخالط هذا الشكل التهاب في عروق البلغم ، وارتشاح في العقد .

واما مدة دوام البثرة باوصافها واشكالها المختلفة فهي عادة سنة كاملة ، وهو ما حدا بسكان البلدان الموبوءة الى تسميتها باسم « الدملة السنوية (١) » ولكن هنالك حالات مستعصية ، تدوم اكثر من سنتين رغماً عن المداواة الشديدة .

❀ ❀ ❀

ان نواحي البدن التي تختارها بثرة حلب متباينة ، وهي في الغالب الاقسام المكشوفة من الجسد المعرضة للبعوض كثيراً ، كظهر اليد ، ووجه الساعد من خلف ، ووجه الساق من امام . وهنالك ملحوظة جديرة بالذكر ، وهي ان

(١) bouton de l'an

اصابة بثرة الشرق للوجه تعد في حلب كقاعدة مضطردة ، مع انها لم تصادف في دمشق الا بنسبة ٢ — ١٠ .

وبعد ظهور البثرة الاولى قد يتلوها ظهور بثرات اخرى متعاقبة ، وذلك بالتلقح الذاتي على ما يظهر ، لانه في حين صيانة دمشق من المرض قد كنا نرى ظهور البثرات الثانوية بعد مدة طويلة من رجوع المرضى من المدن التي كانوا مصابين فيها بالمرض ، ومع ذلك فهذه البثور التالية ، تظهر احياناً في قسم مكشوف من الجسد ، كالكتف والالية ، واعلى الفخذ ، وهذا يحدو بنا الى التفكير بان التلقح الذاتي قد يحصل بالطريق الباطن ، اي بسير العامل الممرض في عروق الاخلاط المختلفة من الجسد .

❀ ❀ ❀

ان انجع معالجة لهذا المرض على ما ظهر لنا هي على قسمين موضعية وعامة

اما الموضعية فهي ان يذر على الآفة مسحوق فوق مانغانات البوطاس النقي ثلاثة ايام ، وذلك بعد اسقاط قشور البثرة بلصقة نشا او غيرها ، ثم تمس القروح كل يوم صباحا ومساء بمحلول ازرق المتيلين في الغول (الكحول) على معدل ١ — ١٠ .

ولاجل المعالجة العامة يحقن الوريد بالدردي المقيء (tartre stibié) محلولاً في المصل الصناعي على معدل ١ — ١٠٠ ومعقماً في الصاد الموصد autoclave ويجرى الحقن كل يوم بمقادير متزايدة تدريجاً تتراوح بين ١ — ٥ سنتمترات مكعبة . وبذلك يحصل الشفاء في اسبوعين او ثلاثة اسابيع .

لكن كثيراً من المرضى لا يتحملون الحقن بالدردي المذكور اذ يشكون

في اليوم التالي للحقن ، دعثاً وآلاماً في عضلاتهم ومفاصلهم، وقد شاهدنا في اثنين منهم قليلاً من الآح في البول ، مما اضطرنا الى إنقاص المقدار المحقون به ، وجعل الحقن كل يومين او ثلاثة ايام، وربما ألجئنا الى الاقتصار على المعالجة الموضعية ، وبذلك يتأخر الشفاء زهاء اربعة اسابيع او خمسة .

❀ ❀ ❀

داء الليشمانيات الجلدي يشفى من نفسه ، ولكن فائدة المعالجة فيه هي انها لا تترك سوى ندبة دقيقة جداً وغير محسوسة ، وهي لا تكون كذلك اذا ترك المرض يسير وشأنه .



سل الكلية

للدكتور لوسركل استاذ السريريات الجراحية
ترجمها طالب الطب السيد بشارة اسطفان

لو اظهرت في الرسم الشعاعي الى مريض أُصيب بيلة قيحية الحصاة التي تخرب كليته لرضي دائماً عن استخراجها ولكنك لو اشرت على شخص مصاب بالتهاب مثاني سلي استئصال كليته التي هي السبب المبدئي لمرضه القتال لرفض رفضاً باتاً ثم يأتيك اخيراً بعد ان ينهكه الالم يسألك تلك المعالجة الجراحية التي ذكرتها له قبلاً غير شاعر في ذاك الوقت ان كليتية مصابتان وان الاستئصال يجلب له الموت بدلاً من الشفاء . فعليكم اذن ايها الحديثو الممارسة للطب ان تشيروا على مرضاكم باجراء العملية في الوقت المناسب ولي الأمل انكم ستكونون من المقنعين اذا نظرتم الى سل الكلية وما فيه من الخطر على حياة المريض

انذار فتشخيص فمعالجة هذه هي النقاط التي اردت ان ابحث فيها بايضاح

(١) الانذار . ما من ينكر الآن ان سل الكلية مرضٌ كثير الحدوث يبتديء في جهة واحدة بمعدل ٩٠ بالمئة من الآفات ويفضي الى الموت غالباً عولج ام لم يعالج بعد اربع سنوات في الفقراء (رافن Rafin) وبعد ست او عشر سنوات في الاغنياء (روشه Rochet) لان هولاء يستطيعون الراحة والاستشفاء اكثر من اولئك . وسيره المتتابع يخرب الكلية المصابة

ويسل مجاري البول السفلى ثم ينتقل الى الـكلية الاخرى فيموت المريض مدنفاً من الاوجاع والأرق او من التأسر (urémie) متى أصيبت الـكليتان

غير ان هذا الانذار قد تغير تماما كما سيرى باستئصال الـكلية الذي يفضي الى الشفاء التام في نصف الحوادث او في ثلاثة ارباعها اذا عولجت الآفة في الوقت المناسب فالتشخيص الحديث العهد هو اذن على جانب كبير من الاهمية وخير واقٍ لحياة المريض . فقد تظهر في البدء اضطرابات الاحتقان وتستجلب نظر الطبيب وتنتاب المرضى بوالة وبوال فيبولون لترين او ثلاثة ألتار بولاً عكراً لا صديد فيه بل فيه عصيات كوخ في اكثر الاوقات ولا تبدو اعراض التهاب المثانة السلي الا في الدور الاخير .

وكل التهاب مثاني يبدو عفواً دون استقصاء في مجاري البول ولا مرض سيلاني سابق ولا حصاة او كل التهاب مثاني لا تؤثر فيه المعالجة الطبية وينكس دون سبب ظاهر يعدّ غالباً حسب القاعدة المطردة التهاباً سلياً . فقد يستشيركم اشخاص كثيرون مصابون بسل الـكلية لاضطرابات مثانية بدت فيهم ، فلا تنتظروا اذن ظهور البيلة الدموية المشبهة بنفث الدم الـكلوي كما شبه الدم العكر الذي يظهر بعد البول الصافي بالقيء الحقيقي . فالبيلة الدموية قد تكون منبهاً للمرض في بدئه . غير ان ذلك نادر وتعد ثانوية بالنسبة الى العرض المثاني الاساسي . ولا تعتمدوا كثيراً على الآلام القطنية لانها متأخرة الظهور، وقد لا تظهر ابداً يقول بانو المثانة تصرخ متى تألمت اما الـكلية فتكتم هذا الألم الا اذا كانت خثرة دموية او جلطة صديدية فاحدثت نوباً احتقانية .

وكثيراً ما تكون الكلية الثانية الضخمة ضخامة معيضة سبب الألم ولربما ظهرت بالجس او حرفت الطبيب عن جادة الصواب. واذا لم يفضِ جس الكلية الى نتيجة استنتجت من النقاط الحالبية نتائج مثبتة في بعض الحالات لان الحالب من الجهة المصابة يجسم ويتصلب وقد يؤلم لدى اجراء المس المهبلي في المرأة واما هيأة المريض العامة فلا يُركن اليها ولا سيما اذا كان المرضى منفضجين سامنين .

فمتى كان التهاب مثاني مجهول السبب في مريض لم يسبر بمسبار ولم تعتره سوابق سيلانية وقد نفى الرسم الشعاعي فيه الحصاة او الاجسام الغريبة الممكنة الحدوث استدعى معاينة البول معاينة نسيجية جرثومية وكلما كان المرض قريباً من بدئه كانت معاينة عصيات كوخ سهلة فالقرحة تستقر في منتهى الحلَمة (papille) ويصب الكهف محتوياته اولاً في المجاري المفرزة على عكس ما يحدث في سل الرئة . ولكن متى بدا دور التصلب ما حول الكؤوس سدّت المجاري تحت الآفة وانفصل الكهف عنها واختفت عصيات كوخ من البول .

وتظهر بالفحص النسيجي كريات بيض عديدة النوى مستحيلة وبعض كريات حمر — اي بيلة دموية مجهرية — فترجح كفة الريب في سل الكلية وكشف عصيات كوخ يثبت وحده المرض . واذا استعملت طريقة غوتيه (Gautier) في مستشفى كوشن ظهرت عصيات كوخ متى كان المرض سلّاً بمعدل ٨٠ — ٩٠ بالمئة من الحوادث على ان تراعى الشروط اللازمة للاستحضار : يُحصر البول في المثانة من المساء بعد ان يقلل المريض السوائل

ثم يستخرج صباحاً عند النهوض من النوم استخراجاً طاهراً من قعر المثانة ويتبذ زهاء ربع ساعة ويبسط قسم من الراسب المستحصل بالمنبذة ويثبت ويلون بمحلول تسيل الحار مدة ربع ساعة ومحلول تسيل المذكور يجب ان يستحضره الطبيب نفسه اجتناباً للمحلول التجاري الفاسد . ثم يُغسل بالحامض النتريك الممدد الى ١ — ٣ زهاء دقيقتين وبالكحول زهاء ٥ دقائق وتلون الرقعة (fond) بالزرقة ويُغسل ويُجفف ويُعاين ، فاذا فحصت الصفيحة بتأنٍ ولا سيما عند طرفيها فحصاً لا يقل عن ثلاث او اربع ساعات وذلك في الحالات التي يندرُ فيها العصيات شوهدت عصيات حمراء مجتمعة كرزمة الدبابيس واذا لم تقع عين الفاحص الا على عصية واحدة حمراء جاز له ان يثبت انها عصية كوخ ولا سيما اذا كانت قد روعيت شروط الاستحضار المذكورة كان يقال ان البيلة القيحية الخالية من الجراثيم معناها سل الكلية مع ان البيلة الصديدية اللاجرثومية ليست موجودة واذا وجدت فهي تعادل مرة واحدة من عشر مرات لان عصيات كوخ تظهر ٩ مرات من ١٠ اذا استعملت طريقة غوتيه (Gautier) المشار اليها. ولا حاجة الى تلقيح القبعة بعد الآن لانه قد لا يفلح في بعض الاوقات ويستلزم شهراً ونصف شهر من الوقت حتى تظهر القرحة والعقد التي يستند اليها . اما المخبر فيجزم في ثبوت المرض او نفيه في وقت قليل والقبعة لا تسل الا اذا لقحت بعدد من العصيات لا يقل عن ١٥ — ٢٠ عصية مع انه لا يُكشف في الراسب المستحصل من انتباذ عشرة سم٣ من البول الاّ عصية او عصيتان . ان كل تلك البراهين تحملنا على توجيه تحرياتنا الى الفحص المجهري .

اذا وجدت عصيات كوخ فثبت تشخيص السل البولي يجب ان نعرف ما اذا كان هذا السل كلوياً ؟ وفي اي كلية يستقر. فالآفة المثانية تنجم من سل الكلية فقط في المرأة اما في الرجل فتظهر في سياق مرض الموثة والحويصلين المنويين اللذين يجب على الطبيب فحصهما. وفي بقية الحالات عليكم ان تتذكروا جملة لوغة (يكشف السل الكلوي سريرياً بالتهاب المثانة ويثبت بمرآة المثانة ويعين مقره بقثترة الحالبين)

وتنظر المثانة (cystoscopie) متى كان ممكناً يوقفنا على الكلية المريضة من التغيرات التي تبدو على فوهة حالبها او على القسم العلوي من المثانة الذي يكون قد تلوث والمثانة فارغة بانقذاف البول من فوهة الحالب المريض .

غير ان عصية الكولون تحدث حبيبات في المثانة شبيهة بالحبيبات السلية وقثترة الحالب وحدها تثبت مقر الآفة متى كان البول المستحصل صديدياً كانت فيه عصيات أم لم تكن ومتى ظهر فيه لدى المقابلة بين الوظيفتين المائية والبولية نقص في الوظيفة لان النقص الوظيفي الكلوي متهم بسل الكلية اكثر من غيره في بعض الآفات (استسقاء الكلية، حصاة او سرطان) واذا كانت القثترة مستحيلة فالرسم الشعاعي يُظهر ان الكلية جسيمة وان فيها حدبات ويكشف فيها لطخات. وماريون يُشير بالقثترة والمثانة مفتوحة غير ان هذه القثترة صعبة وقد تترك تنوسراً في المثانة .

فقبل ان نسعى وراء اي عملية كانت وقبل ان نُجري القثترة يجب علينا ان نعرف اولاً درجة الكلية الثانية الوظيفية وتستطاع معرفة هذا من معايرة البولة وافراز الفانوسلفوفتالائين ومن مرتبة امبار فاذا كانت هذه التحريات

حسنة اي : البولة = ٠،٣٥—٠،٤٥ سنتغم
الفتالئين= ٥٠ — ٦٠ ٪
المرتبة ٠،٠٧ — ٠،١٠

تجوز القثترة واستئصال الكلية .

واما اذا كانت هذه التحريات سيئة والكلية الواحدة مصابة فقط فيستدل منها ان الضخامة الاعاضية لم تحدث في الكلية الثانية فيثابر على الراحة ومعالجة الحالة العامة شهرين او ثلاثة اشهر واذا بقيت النتيجة على حالها يعرف ان الكلية الثانية مريضة وعاجزة على ان تضاعف عملها فلا فائدة اذن من القثترة ولا لزوم لاستئصال الكلية المريضة .

ولقد عمدوا الى معرفة درجة انتشار الافات من المرتبة التي ترتفع بازدياد التخرش في الكليتين .فاذا كانت

=٠،٨٨	عمّ النقص الوظيفي ثلث الكليتين				
=٠،١٠٠	»	»	»	نصف	»
=٠،١٢٠	»	»	»	ثلثي	»
=٠،١٥٠	»	».	»	اربعة اخماس الكليتين	
=٠،٣٠٠	»	»	»	١٩/٢٠	

واذا كانت م ما تحت المئة فالتخريب بسيط في الكليتين والمريض يملك ٥٠ ٪ من الجهاز الكلوي وهذا النقص ينجم خصوصاً من الكلية المريضة والاستئصال ممكن في هذه الحالة واذا كانت م ما فوق ١٢٠ فلا فائدة من اي عمل كان والاستئصال لا يفكر فيه ابداً لان المريض لا يملك الا ثلث كليته ولا يعرف ما اذا كان هذا الثلث موجوداً في الكلية السليمة .

ويتمكن الطبيب باستعمال عدة وسائط من تحديد الآفة ومعرفة الدرجة الوظيفية في الكلية الثانية . فلقد بينت لكم الطريقة المتبعة في الحالات البسيطة التي تشاهدونها ولكنكم سترون في تجاربكم ما في التشخيص من الصعوبات .

ومهما يكن من الامر ، فاذا شوهد سل كلوي مفتوح او كلية مخربة من جهة وكلية سليمة من جهة ثانية فاستئصال الكلية المريضة لازم لشفاء المريض الا اذا كان هناك سوء في الحالة العامة او آفات رئوية خطرة .

ففي الحالة التي تكون الكلية مخربة والثانية صحيحة فالمعالجة الطبية عاجزة على ان تمنع خطر الآفات المثانية وانتقال السل الى الكلية الثانية والمعالجة الجراحية وحدها اي استئصال الكلية هي المعالجة التي تفضي الى نتيجة مرضية متى كانت الآفة السلية متصلة بالحويض واحدثت بيلة قيحية والتهاباً مثانياً .

اما النتائج التي تحدث بعد العملية فهي في الغالب حسنة ولا سيما اذا عرفت درجة الكلية الثانية الوظيفية .

وقد بين الاحصاء ان النزف والتعفنات والتقصير الكلوي تفضي الى الموت في ١ — ٥ بالمئة والى ٥ — ١٠ بالمئة في الاشخاص الذين ظل مرضهم على حالة واحدة او ماتوا في زمن غير معين بتعميم المرض او انتقاله الى الكلية السليمة . و ٢٥٪ من المرضى يشعرون بان حالتهم العامة قد تحسنت . اما الاشخاص الذين استئصلت كليتهم فيشفى نصفهم ما بين الفقراء وما فوق النصف في الاغنياء كما يحدث في امراض السل الباقية . ويقدر الآن في جميع الحالات نظراً الى اتقان العملية ان استئصال الكلية ينجي من الموت

اربعة اخماس المرضى .

ونختم البحث بالقول : ان سهولة العملية والتحسن السريع في الاضطرابات المثانية والحالة العامة وحذف الفوعة السلبية التي تهاجم الكلية الصحيحة وجسم المريض وإطالة الحياة والشفاء التام في اكثر من نصف الحوادث هي منافع استئصال الكلية . ولكن المعالجة الجراحية لا تجرى في سل الكليتين الاّ متى كانت الكلية الاولى مخربة تماماً مع تخرش بسيط في الكلية الثانية ولا تستأصل الكلية الاولى الا متى عرفت درجة الكلية الثانية الوظيفية وكانت هذه قادرة على العمل الذي تتطلبه حياة المريض متى استئصلت كليته المريضة والكلية الباقية قابلة التحسين اذا روعيت هذه الشروط .

واذا كانت المعالجة الجراحية مستحيلة كما يُشاهد ذلك في التهاب الكلية او في العجز الكلوي الوظيفي المزمن ولا سيما في الاشخاص الذين أُجري لهم الاستئصال الكلوي وسُلت كليتهم الثانية ، فلا يبقى لديكم الا وسيلة واحدة اي المعالجة الطبية. ويمكنكم ان تشركوا مولدة الضد المثيلية لنغر — بوكه (antigène méthylique , Nègre et Bouquet) الشهيرة بفوائدها الحسنة مع مداواة الحالة العامة وهذا نافع جداً في المرضى الذين لم يتجاوز عمرهم العشرين فانهم يشفون بالتصلب الذي يُحيطُ بالآفة ويمنع امتدادها او يسد فوهة الحالب العليا .

ولا يجوز لنا الاعتقاد ان تلك الكلى المتصلبة لا يمكنها يوماً ما ان تفاجئنا باعراض خطرة بعد ان تمرّ عليها مدة طويلة وهي ساكنة ومن الخطأ ان نحسب شفاءً كل تحسن موقت أياً كانت مدته .

والأحسن ان تستعمل المطهرات البولية وزرقة المتيلين ١٠,٠ عشرة سنتغرامات على مرتين لتسكين الاوجاع المثانيةوالحذر من الاوروتروبين ومركباته التي تهيج المثانة بحموضتها وتفضي الى بيلة دموية .

والاستطباب المثاني يقوم بتقطير الزيت الغومانولي العشري حسب باستو .

يُقطر ٥ سنتمتر مكعب كل يومين او ثلاثة ايام بالتناوب مدة خمسة عشر يوماً مع ١٠ سنتمترات مكعبة من مزيج زرقة المتيلين في المصل الخلقي اضيف اليه النوفوكائين ام لم يضف ولا اعلم اذا كان يرجع يوماً الى خزع الكلية وتحويل البول عن المثانة او الى خزع الحالب الحرقفي (بابن (Papin) متى كانت الآلام شديدة. وصفوة القول اذا سُمح لي ان انطق بالاعداد قلت ان المعالجة الطبية تشفي × ٥ بالمئة من المرضى الحديثي السن مع ما يرافقها من الخيبة الناجمة من تعمم المرض وخطره .

اذن فالمعالجة الجراحية تضمن الشفاء في × ٦٠ — ×٨٠ بالمئة حسب البيئة والاستئصال متى كان ممكناً هو المعالجة المختارة في سل الكلية متى شُخص المرض في الوقت المناسب .



نتائج تفاعل السائل الدماغي الشوكي الايجابي

او السلبي في سياق الزهري بعد جهود ثلاثين سنة

« ٣ »

للاستاذ بول رافو عضو المحفل الطبي الفرنسي وطبيب مستشفى
القديس لويس في باريس
ترجمها الدكتور عزة مريدن الطبيب الداخلي في مستشفيات دمشق

— . الفصل الثالث . —

—. حالة الزهريين الذين ابدوا تفاعلات ايجابية في السائل الدماغي الشوكي. —

ان جميع المشاهدات التي سترد في الفصل تكاد تكون خاصة بي فقد فحصت السائل الدماغي الشوكي بيدي وكان ذلك من دواعي اعتقادي الاكيد بقيمة النتيجة التي استحصلها من تلك الفحوص واما الطرق التي سأسلكها في هذا البحث فهي ما كنت اوضحته بايجاز في صدر هذه المذكرة ولن ادرس في هذا الفصل الا التفاعلات الايجابية البينة ثم اراقب السير السريري والتغيرات الحيوية التي تطرأ على السائل الدماغي الشوكي في مرضى اتبعتهم مدة طويلة ما أمكن . ولتنظيم هذه المشاهدات وجعلها منزهة عن الخطإ ما امكن سندرس تباعاً المرضى الذين تتبعتهم منذ الصفحة الاولى للزهري ثم ادرس حالة المرضى الذين لم اتمكن من تتبعهم الا ابان سير الزهري

وتكامله واني ارى ان هذا التفريق له اهمية من الوجهة الامراضية التي تستخرج من سير الزهري العصبي .

١ — مشاهدات المرضى المبزولين منذ بدء الزهري : كثيراً ما تظهر تفاعلات السائل الدماغي الشوكي في المرضى الذين روقبوا منذ بدء الزهري وهي مختلفة الشدة واني لن اعود الى ذكر الاعمال التي قمت بها للمرة الاولى سنة ١٩٠٣ فقد أبنت في ذلك العهد شروط ظهور الآفات ووفرتها فهي تظهر في ٦٣ ٪ من الزهريين في الاشهر الاولى لزهريهم . ثم لا تلبث ان تختفي في بضعة اشهر بعد ان تمر بدور خفي واضح .

وقد تم اثبات هذه النتائج من جميع جهاتها واصبحت الآن حقائق راهنة وقد تكون هذه التفاعلات بكورة جداً فقد شاهدها بعض المؤلفين في مرضى لا يزالون في دور القرحة ، واذ ابتدأت تحرياتنا سنة ١٩٠١ وسنة ١٩٠٣ لم يكن لنا من وسائل التشخيص الباكر او المداواة الناجعة ما لنا اليوم وهكذا مرّ على الكثير من اولئك المرضى شهور عديدة دون ان تشخص امراضهم او تداوى ذلك لأن اكثرهم كان يمر بدور خمجي زهري شديد وكانت تعزى اكثر التفاعلات المشاهدة اذ ذاك الى ترافق المرض بمندفعات جلدية كثيرة. ولقد توصلنا في الوقت الحاضر الى [illegible] [illegible] ومعالجته بسرعة لأن هذه التفاعلات ليست بأندر من ذي [illegible] للزهري الثانوي تظاهرات سريرية اخرى وارى ان [illegible] ضروري لأن الشروط التي تبنى عليها مشاهدا[illegible] جد الاختلاف عما كانت عليه منذ ثلاثين سنه حلت في ذات الوقت [illegible]

طرائق العمل Technique ناقصة جداً فلم تكن تعرف سوى التفاعلات الخلوية والآحية التي ذكرنا طريقة اجرائها . وعلى الرغم من نقص وسائط التحري والتفتيش فإن الاعمال التي قمت بها في ذلك العصر والنتائج التي استخلصتها كانت صادقة لا غبار عليها وكذا التحريات التي تلتها فقد وسعت دائرة البحث والتنقيب لأنها ترتكز على اساس التفتيش والاستقصاء التامين ويظهر لي ان الواجب يقضي بدرس هذه التفاعلات من حيث سيرها وتكاملها لا من حيث حدوثها وها اننا نجد بين ايدينا مشاهدات ثلاثين سنة روقب المرضى في خلالها وهي تدعم ولا شك ما نود ايراده من الحجج والبراهين .

فامامنا الآن ثلاث مجموعات كبيرة تتعلق بزهريين في ادوارهم الاولى ابدوا تفاعلات ايجابية في سائلهم الدماغي الشوكي .

الفئة الاولى : وهي تشمل المرضى الذين ابدوا منذ بدء زهريهم تفاعلات ايجابية بدون ان تبدو فيهم اي علامة سريرية ثم سارت هذه التفاعلات بصورة خفية وما لبثت ان امحت بعد زمن متفاوت الطول .

الفئة الثانية : وهي تشمل المرضى الذين ابدوا منذ بدء زهريهم تفاعلات ايجابية ترافقها او تتلوها علامات سريرية وما لبثت ان امحى اثرها مع تلك العلامات بعد زمن متفاوت الطول .

الفئة الثالثة . — وهي تشمل المرضى الذين ابدوا منذ بدء زهريهم تفاعلات ايجابية ترافقها او لا ترافقها علامات سريرية عصبية غير انها لم تمح بل بقيت مدة طويلة لا بل ازدادت اعراضها خلال سنين طويلة حتى ظهر

الزهري العصبي الصريح .

الفئة الاولى : لقد بينت في مذكراتي الأولى سنة ١٩٠٣ ان تفاعلات السائل الدماغي الشوكي التي ترى في بدء الزهري تمحي سريعاً في بضعة اشهر وتتجلى هذه التفاعلات القصيرة الأمد بازدياد عدد الخلايا واحياناً بازدياد خفيف في كمية الآح وتكثر الخلايا حتى انها تعكر منظر السائل الدماغي الشوكي الرائق وتتألف من البلغميات ووحيدات النوى واحياناً من خلايا المصورة وعلى الرغم من كثرة الخلايا فان هذه التفاعلات تزول زوالها في تفاعلات اقل غنى بهذه الخلايا. وعلى العكس فقد يكون زوالها بطيئاً ويستمر بضع سنوات وكل ذلك بدون ان يظهر اقل عرض سريري سواء أفي اثناء تكاملها او بعد زوالها .

واليكم المشاهدتين التاليتين :

المشاهدة الأولى :

في كانون الثاني سنة ٩٠٣ — افرنجيات حطاطية ، بالبزل القطني — تفاعل خلوي شديد
آذار سنة ٩٠٣ — بالبزل القطني — التفاعل نفسه .
نيسان سنة ٩٠٤ — « « — تفاعل خلوي خفيف .
ايلول سنة ٩٠٤ — « « سائل طبيعي .

ولم يشاهد في اثناء هذا السير الذي دام عشرين شهراً اقل عرض سريري

المشاهدة الثانية

آب سنة ٩٠٣ — ورديات (Roséole) ، صداع ، بالبزل القطني — سائل طبيعي غير انه فائق التوتر .
تشرين الاول سنة ٩٠٣ — مندفعات حطاطية ، افرنجيات صباغية في العنق ، بالبزل القطني — تفاعل خلوي شديد .

كانون الاول سنة ٩٠٣ — بالبزل القطني — التفاعل نفسه .
ايلول سنة ٩٠٥ — « « — تفاعل أخف .
تشرين الثاني سنة ٩٠٦ — « « — سائل طبيعي .
تشرين الثاني سنة ٩٠٧ — « « — سائل طبيعي .

ولم تظهر اي علامة سريرية واضحة في هذا السير ايضاً الذي اناف على ٣٠ شهراً .

واليك مثالاً آخر لم يختف التفاعل فيه الا بعد مرور سنتين :

المشاهدة الثالثة : ب رافو . س وعمرها ٢٠ سنة .

ايلول سنة ١٩٠٢ — قرحة في الشفة العليا .
كانون الثاني سنة ١٩٠٣ — افرنجيات حطاطية . بالبزل القطني — تفاعل خلوي شديد جداً
١٠ آذار سنة ١٩٠٣ — افعال منعكسة طبيعية ، فقد العلامات السريرية بالبزل القطني — تفاعل خلوي شديد .
٢٦ شباط ١٩٠٤ — حمل في شهره الرابع ، بيلة آحينية ، وذمة في الساقين بالبزل القطني — تفاعل خلوي خفيف .
٧ ايلول سنة ١٩٠٤ — بالبزل القطني — تفاعل خلوي طبيعي .
تشرين الاول سنة ٩٠٤ — ولادة طفل سالم وسائله الدماغي الشوكي طبيعي .

ولم تظهر ايضاً أية علامة سريرية ابان سير الآفة التي دامت ٢٤ شهراً .
والخطأ الوحيد الذي يمكن توجيهه الى هذه المشاهدات هو كونها اخذت في زمن لم يكن يعرف فيه تفاعل بورده واسرمان او تفاعل التحوصب .

وهنا أمر لا بد من ذكره وهو ان بعض المرضى قد يبدو تفاعل بورده واسرمان فيهم ايجابياً في بدء الآفة ثم لا يلبث ان يشفى بعد ذلك .

وها هي مشاهدات ثلاث تثبت انه كثيراً ما تكون التفاعلات

شديدة في السائل ويكون تفاعل بورده واسرمان ايجابياً ثم تتماثل الى الشفاء بينما لا نرى عرضاً سريرياً واحداً يدل عليها :

المشاهدة الرابعة : ب رافو . س وعمره ٢٣ سنة

تشرين الثاني سنة ٩١٩— مندفعات وردية ، لويحات مخاطية ، صداع .
٢ نيسان سنة ٩٢٠ — صداع شديد ، ارق ، افعال منعكسة طبيعية بالبزل القطني
تفاعل خلوي وآحيني شديدان بورده واسرمان —ايجابي

	الخلايا	الآح	بورده واسرمان
٣ تشرين الثاني سنة ٩٢٠ — تفاعل شديد جداً		١,٤٠ غرام	+++
١٧ تشرين الثاني سنة ٩٢٠ — « «	«	١ غرام	++
١١ كانون الاول « « — «	«	٠,٨٠ سغ	+
١٨ « « « « — «	«	٠,٧٠ « «	+
٢٦ « « « « « «	« وسط	٠,٥٠ « «	— سلبي
٢ «الثاني « « « «	«	٠,٤٠ « «	« «

واما حال المريض فحسنة ولم يبد أقل عرض سريري .

المشاهدة الخامسة : ب رافو . س وعمره ٢٧ سنة .

آب سنة ٩١٣ — ورديات حطاطية ، صداع شديد .
كانون الاول « « — فقد العلامات السريرية . بالبزل القطني — تفاعل
خلوي شديد الآح ٠,٦٠ سغ بورده واسرمان —
ايجابي[1]، الدم — بورده واسرمان ايجابي
شباط سنة ٩١٩ — افعال منعكسة طبيعية ، فقدان الاعراض السريرية .
بالبزل القطني — فقد التفاعل الخلوي ، آح طبيعي

المشاهدة السادسة : جانسلم وبلوش ، ه ... متاهل وعمره ٣١ سنة

في سنة ٩٠٩ — قرحة، مندفعات شديدة ، التهاب القزحية، بالبزل القطني— تفاعل
سحائي شديد ، بورده واسرمان ايجابي

من سنة ٩١١ الى سنة ٩١٣ — دوام تفاعلات السائل ، بورده واسرمان ايجابي في السائل وفي الدم .

سنة ٩١٤ — بورده واسرمان الدموي — سلبي ، عودة الخلايا والآح في السائل الى الحد الطبيعي :

وبعد سنة أخرى اصبح تفاعل بورده واسرمان في السائل سلبياً .

وقد اعطي المريض ٣٥ غراماً من الارسنوبانزول وحقن بالنوفار ثلاث مرات في القناة الفقارية كان مجموع مقدارها ٥ ملغ .

ولاسباب نجهلها لم نعد نرى المريضين السابقين اذ غادرانا بعد ان اصبح تفاعل السائل الدماغي الشوكي فيهما طبيعياً ولعلهما شفيا غير انه لا برهان قاطع على ذلك . وان المشاهدتين التاليتين تبينان حال مريضين شفيا تماماً بعد ان ابديا تفاعلات شديدة في السائل الدماغي الشوكي دامت سنين عديدة دون ان يرافقها اقل عرض سريري وقد تحقق شفاؤهما باجراء فحوص متعددة للسائل الدماغي الشوكي بعد بدء الزهري بـ١٧ — ٢٥ سنة .

المشاهدة السابعة : ب رافو س . وعمرها ١٨ سنة

ايار سنة ٩٠٣ — قرحة افرنجية .

٦ آب « « — ورديات حطاطية خفيفة ، بالبزل القطني — سائل طبيعي .

١٢ تشرين الثاني سنة ٩٠٣ — التهاب الوريد ، افرنجيات صباغية ، بالبزل القطني تفاعل خلوي شديد جداً ، آح متزايد جداً .

١٢ كانون الاول سنة ٩٠٣ — بالبزل القطني — التفاعل نفسه .

٢٢ ايلول سنة ٩٠٤ — اختفاء الافات الجلدية ، افعال منعكسة حادة ، بالبزل القطني — تفاعل خلوي أقل شدة .

تشرين الاول سنة ٩٠٥ — بالفحص السريري — كل شيء طبيعي ، بالبزل القطني تفاعل خلوي شديد .

٥ تشرين الثاني ٩٠٦ — بالفحص السريري —كل شيء طبيعي، بالبزل القطني ،
خلو المائع من التفاعل الخلوي ، الآح ٠,٥٠ سغ

٥ تشرين الثاني سنة ٩٠٧ — بالبزل القطني — السائل طبيعي .

حزيران سنة ٩١٢ — بالبزل القطني — السائل طبيعي .

نيسان سنة ٩٢٠ — بالفحص السريري — كل شيء طبيعي ، بالبزل القطني
السائل طبيعي .

ويلاحظ في هذه المشاهدة الاخيرة امر مبهم وهو سلبية التفاعل في السائل الدماغي الشوكي في البزل المجرى بعد اربعة اشهر من بدء الآفة بيد ان التفاعل كان شديداً في البزل المجرى بعد ثمانية اشهر .

المشاهدة الثامنة : ب رافو س. وعمرها ٢٦ سنة .

في كانون الاول سنة ٩٠٤ — قرحة افرنجية

١٦ حزيران سنة ٩٠٥— ورديات، لوحات مخاطية ، افرنجيات صباغية في العنق
بالبزل القطني — تفاعل خلوي شديد جداً وآح متزايد

سنة ٩٠٨ — ألم العصب الوركي .

٣٠ آذار سنة ٩٠٩ - دوام الافرنجيات الصباغية ، بالبزل القطني — تفاعل
خلوي خفيف وآح طبيعي .

١٣ تشرين الثاني سنة ٩١١ — اختفاء الافرنجيات الصباغية، بالبزل القطني —
سائل طبيعي تفاعل بورده واسرمان — سلبي في الدم
والسائل .

حزيران سنة ٩٢٩ — بالفحص السريري — كل شيء طبيعي، بالبزل القطني—
سائل طبيعي .

ولنا في سياق الزهري الارثي مشاهدات شبيهة بما ذكرنا غير اني لا اثبت هنا سوى المشاهدتين اللتين نشرتهما في مذكرتي سنة ٩٠٧ تحت عنوان

السائل الدماغي الشوكي في وراث الزهري :

المشاهدة التاسعة : س . . . وعمره ثلاثة اشهر

١١ تشرين الاول سنة ٩٠٣ — افرنجيات حطاطية ، لويحات مخاطية ، رأس كبير، يوافيخ متوترة ، بالبزل القطني — تفاعل خلوي شديد وآح متزايد

١٠ تشرين الثاني سنة ٩٠٣ —بالبزل القطني — تفاعل خلوي خفيف

١٢ كانون الثاني سنة ٩٠٤ « « « « «

٢٨ آذار سنة ٩٠٤ — بالبزل القطني - تفاعل خلوي خفيف جداً

٩ ايلول سنة ٩٠٥ ولد ذو صحة جيدة ، لا عرض سريري ، بالبزل القطني— سائل طبيعي

المشاهدة العاشرة : س . . . وعمره ٤ اشهر

٦ حزيران سنة ٩٠٦ — حطاطات على مختلف الجسم ، رأس كبير ، يوافيخ متوترة بالبزل القطني — تفاعل خلوي شديد وآح متزايـد .

٣١ تموز سنة ٩٠٦ – بالبزل القطني — تفاعل صريح ، آح طبيعي.

١٦ تشرين الاول سنة ٩٠٦ — بالبزل القطني — تفاعل خفيف آح طبيعي

٨ حزيران سنة ٩٠٧ — ولد ذو صحة جيدة جداً ، لا عرض سريري بالبزل القطني— سائل طبيعي .

الفئة الثانية : ان ظهور العلامات العصبية الناشئة من آفـة الاعصاب والاوعية السحائية في بدء الزهري يدعو الى ايجاد فروق بين مرضى الفئة التي نحن بصددها ولهذا فقد جعلنا كلاً منهما فئة مستقلة .

واننا نذكر مشاهدتي مريضين ابديا منذ ايام زهريهما الاولى اعراضاً دالة على آفة في اعصاب قاعدة الدماغ واوعيته واظهرت التفاعلات السحائية

فيهما اشتراك السحايا المباشر في توليد هذه العوارض ، وعلى الرغم من بقاء الاعراض العصبية خفت وطأة الآفات السحائية سريعاً وخمدت التفاعلات السحائية ايضاً ولكن احد المريضين ما زال يبدي تفاعلاً آحينياً شديداً مع ايجابية تفاعل بورده واسرمان :

المشاهدة الحادية عشرة : — رافو س . . . وعمره ١٩ سنة .

نيسان سنة ٩٠٢ — قرحة افرنجية .

١٩ تشرين الثاني سنة ٩٠٢ — لويحات مخاطية ، افرنجيات صباغية في العنق ، لقوة مر عليها يومان ، بالبزل القطني — تفاعل خلوي شديد جداً

١٨ شباط سنة ٩٠٤ — شفاء اللقوة ، افعال منعكسة طبيعية ، بالبزل القطني — تفاعل خلوي خفيف جداً وآح طبيعي .

المشاهدة الثانية عشرة : ب رافو س . . . وعمره ٣٤ سنة

ايلول سنة ٩١٩ — زهري .

كانون الاول سنة ٩١٩ — صداع شديد ، ضياع الرشد ، فقد الذاكرة ، بالبزل القطني — تفاعلان خلوي واحيني شديدان جداً .

	الخلايا	الآح	بورده واسرمان
شباط سنة ٩٢٠ —	عدد كبير من خلايا المصورة	كمية غزيرة	+ +
٢١ نيسان « « —	كثيرة جداً	٠,٨٠	+ +
٥ مايس « « —	وسطى	٠,٤٠	+ +
١٢ تموز « « —	«	٠,٢٥	+
٣١ كانون الثاني سنة ٩٢١ —	قليلة	٠,٣٠	+
٦ تشرين الاول سنة ٩٢١ —	لا شيء	٠,٢٠	-- سلبي

الفحص السريري — طبيعي

ونرى في المشاهدة الاخيرة وهي تتعلق بمريض روقب منذ بدء زهريه

علامات زهرية دماغية وتفاعلات سحائية واسعة ما لبثت جميعها ان شفيت بمدة عشرين شهراً تقريباً . وعلينا منذ الآن ان نسجل هذه النتيجة الواضحة التي تفيدنا ان الافات العصبية التي ترافقها تفاعلات شديدة في السائل الدماغي الشوكي تسرع في شفائها كلما كانت قريبة من بدء الزهري .

وما سنورده في المشاهدة التالية يقرب مما ذكرناه فهو يتعلق بمريض اصيب منذ بدء زهريه بفلج مضاعف وجهي وسمعي وعلى الرغم من اهمال البزل القطني تأكد ان التفاعلات كانت ايجابية فيه استناداً الى ما ذكر في المشاهدات المشابهة له من جهة فضلاً عن ان ظهور السكتة (icties) الفجائي يدل دلالة صريحة على التهاب السحايا القاعدية الحادثة منذ بدء الزهري وقد اجريت له ست حقن ٦٠٦ وبعض حقن اخرى بالزيت السنجابي في بدء مرضه واما بعد ظهور السكتة فقد عولج معالجة جدية ولكن الاخلاط لم تعد الى حالها الطبيعية الا بعد مضي سنتين على المداواة وهذه مشاهدته :

المشاهدة الثالثة عشرة : — ب رافوس . . . ولد سنة ١٨٨٣

سنة ٩٠٩ — قرحة افرنجية وبعد قليل من الزمن لقوة وصمم في الاذن اليمنى والبزل القطني لم يجر غير ان ايجابيته مؤكدة للأدلة الكثيرة الشاهدة على ذلك ومنها — فلج الوجهي والسمعي المضاعفان . ولم يحقن المريض بسوى ست حقن ٦٠٦ وبعض حقن من الزيت السنجابي .

سنة ٩١٥ — اصيب بسكتة ولم يبزل قطنه غير ان حدوث السكتة يثبت ايجابيته ثم عولج بالنوفارسنوبانزول والزئبق معالجة منتظمة فكان في :

	الخلايا	الزلال	بورده واسرمان
تشرين الاول سنة ٩١٦ —	١٢٨	١,٢٠ غرام	مثبت خفيف +
آذار سنة ٩١٧ —	٣	٠,٦٠ سغ	— سلبي

حزيران سنة ٩١٨ —	١	٣٠ ,. سبغ	—	سلبي
نيسان سنة ٩١٩ —	١	٢٥ ,. » »	—	» »

الفحص السريري — طبيعي .

والأمر الذي يؤخذ على هذه المشاهدات هو كونها تختص بمرضى لم يتبعوا المدة الكافية بعد الشفاء السريري وسلبية التفاعلات الخلطية ويمكننا ان نتساءل عما اذا لم يكن هؤلاء المرضى معرضين للنكس غير ان الجواب على هذا الاعتراض كائن في المشاهدتين الاتيتين عن مريضين مصابين باعراض عصبية منذ بدء الزهري المكتسب في احدهما والارثي في الآخر ويظهر منهما ان التفاعلات الايجابية الصريحة في السائل الدماغي الشوكي التي ترافقها اعراض سريرية وحيوية زالت تماماً على ألا تعود ابداً وقد أكد ذلك فحص احد المريضين بعد عشرين سنة وفحص الآخر بعد اربع سنوات .

ففي المشاهدة الاولى لا بد من التنبيه الى ان التفاعلات الخلوية والآحينية في السائل الدماغي الشوكي بقيت من سنة ١٩٠٠ — ١٩٠٤ شديدة جداً الأمر الدال على نقص المعالجة لاننا لم نكن نملك غير الزيت السنجابي ولهذا بقي الفلج الوجهي الذي ظهر سنة ١٩٠٠ حتى سنة ١٩٠٢ واختلط بفلج عيني سنة ١٩٠٤ وابتدأت التفاعلات السحائية بالخفة ولم يعد السائل الدماغي الشوكي الى حاله الطبيعية الا بعد سنتين من الزمن . واما التهاب السحايا فلم يبق ما يدل عليه بعد ستة عشر عاماً الا اختلاف الحدقتين المتقطع الامر الذي شاهدناه في مرضى كثيرين وان تتبع هذه المشاهدة مدة طويلة يدل على ان شفاء التهاب السحايا ممكن في دوره الثاني المصحوب باختلالات عصبية وخيمة

وتفاعلات شديدة في السائل الدماغي الشوكي .

المشاهدة الرابعة عشرة :

سنة ٩٠٠ — قرحة افرنجية ، وبعد ستة اشهر — فلج وجهي
كانون الاول سنة ٩٠٢ — بقاء الفلج الوجهي ، البزل القطني — تفاعل خلوي شديد جداً وآح متزايد جداً
كانون الثاني سنة ٩٠٤ — اختلاف خفيف في الحدقتين ، البزل القطني — تفاعل خلوي وسط وآح متزايد قليلاً
ايلول سنة ٩٠٦ — اختلاف خفيف في الحدقتين ، افعال منعكسة طبيعية . البزل القطني — تفاعل خلوي خفيف وآح طبيعي
تشرين الثاني سنة ٩٠٧ — تساوي الحدقتين ، افعال منعكسة وبالبزل القطني سائل طبيعي
تشرين الثاني سنة ٩٢٠ — اختلاف خفيف جداً ومتقطع في الحدقتين ، انعكاسات طبيعية ، البزل القطني — خلو المائع من التفاعل الخلوي ، آح ٣٥ ,. سغ ، بورده واسرمان سلبي

ويرى الشيء نفسه في سياق الزهري الوراثي .

وهذه هي مشاهدة وليد وارث للزهري ابدى منذ ولادته اختلاجات وصلابة في النقرة يرافقها فالج في عضلات العين مع تفاعل خلوي شديد جداً وقد زالت منه اعراض التهاب السحايا هذه بعد ستة اشهر دون ان تبقي اثراً يذكر وروقب المريض ثلاث سنوات لم تنكس في خلالها الاعراض السريرية ولا التفاعلات الخلطية مما يثبت شفاءه .

المشاهدة الخامسة عشرة : س وعمره ثلاثة اسابيع

ايلول سنة ٩٠٢ — لويحات مخاطية ، اختلاجات ، صلابة النقرة ، هبوط الجفن الايسر ، بالبزل القطني — تفاعل خلوي شديد وآح طبيعي

تشرين الاول — تحسن الاختلالات العصبية ، بالبزل القطني — تفاعل خلوي اقل شدة

كانون الثاني سنة ٩٠٤ — بالبزل القطني — تفاعل خلوي خفيف

آذار « « — « « خلو السائل من التفاعل الخلوي، آح طبيعي

ايار « « — « « سائل طبيعي

نيسان سنة ٩٠٦ — « « « «

كانون الثاني « ٩٠٧ — « « « «

الفحص السريري — طبيعي

وفي المشاهدات السالفة نرى ان العلامات العصبية المشاهدة في صفحات الزهري الاولى ظهرت في وقت واحد مع تغيرات السائل الدماغي الشوكي

واما في المشاهدات التالية فان تفاعلات السائل الدماغي الشوكي الشديدة تقدمت كثيراً ظهور العلامات السريرية فنرى فيها تقدم الدور السابق للسريريات الذي اظهره درس التفاعلات الحيوية على الدور السريري وقد شفي هؤلاء المرضى سريرياً وخلطياً بعد المعالجة

ففي المشاهدة الاولى نرى مريضاً أبدى تفاعلاً خلوياً شديداً بعد بدء زهريه بستة اشهر وبعد عشرين شهراً من ذلك اصيب بزمن واحد بفالج شقي أيسر وبلقوة يسرى فوجود الآفتين في طرف واحد يدل على المنشإ السحائي الوعائي لهذه الاختلالات وقد عاد كل شيء الى حاله بعد سنتين من المعالجة ولم يبق الا تقفع خفيف في الجهة المفلوجة يكاد يكون قاعدة مطردة

المشاهدة السادسة عشرة : ب رافو س . . . .

كانون الثاني سنة ٩٠٨ — قرحة افرنجية ، مندفعات وردية

أيار « « — صداع شديد ، بالبزل القطني — تفاعل خلوي شديد جداً

كانون الاول سنة ٩٠٩ — فالج شقي ايسر ولقوة يسرى

تشرين الاول سنة ٩١٠ — استمرار الفالج الشقي ، بالبزل القطني — تفاعل خلوي شديد جداً ، وآح متزايد

كانون الاول سنة ٩١٠ — بالبزل القطني — تفاعل خلوي شديد وآح متزايد ، بورده واسرمان سلبي .

كانون الثاني سنة ٩١١ — تقفع في الجهة المفلوجة ، بالبزل القطني — تفاعل خلوي وسط ، آح متزايد قليلاً ، بورده واسرمان سلبي

كانون الثاني سنة ٩١٢ — تقفع في الجهة المفلوجة، بالبزل القطني — سائل طبيعي

وفي المشاهدة التالية عن مريضة بقي زهريها مجهولاً سنتين بدون معالجة وفي حزيران سنة ١٩٠٤ تبينت عندها زهرياً صباغياً في العنق . وحاصة وصداعاً شديداً فبزل قطنها فكان التفاعل الخلوي شديداً حتى انه عكر السائل وارتفع جداً مقدار الآح ولم تبدُ في ذاك الوقت اقل علامة سريرية ثم اجري لها فحصان آخران في آب وايلول سنة ٩٠٤ تبين فيهما استمرار التفاعل وفي كانون الثاني ٩٠٥ اي بعد ثمانية اشهر ظهر اول عرض عصبي وهو اختلاف الحدقتين مع كسل الانعكاسات الضيائية وبعد عشرين شهراً من ذلك عاد كل شيء الى حاله ولم يبق سوى اختلاف خفيف ومتقطع في الحدقتين كما كان في المشاهدة الرابعة عشرة . وكانت المريضة عرضة لسلسلة فحوص اجريت لها في اوقات مختلفة وآخر هذه الفحوص كان سنة ١٩١٩ اي بعد مضي ١٤ عاماً على بدء العوارض فكان شفاؤها السريري والخلطي تامين .

وقد مكنتني الصدفة في هذا العام سنة ٩٣٠ من الاجتماع بزوجها فأكد لي ان زوجته تتمتع بصحة جيدة ولا يزعجها اقل اختلال عصبي :

المشاهدة السابعة عشرة : — س وعمره ٢٤ سنة .

نيسان سنة ٩٠٢ — ،قرحةوردية زهري خفي لم يعالج

حزيران سنة ٩٠٤ — حاصة ، افرنجيات صباغية في العنق ، صداع شديد
بالبزل القطني - تفاعل خلوي شديد جداً ، سائل عكر
آح متزايد

آب سنة ٩٠٤ — بالبزل القطني — السائل نفسه

ايلول « « — « « — «

حزيران سنة ٩٠٥ — اختلاف الحدقتين مع كسل الانعكاس الضيائي ، بالبزل
القطني — تفاعل خلوي شديد جداً ، سائل عكر ، تزايد
كثيرات النوى ، آح متزايد جداً

ايلول سنة ٩٠٥ — اختلاف خفيف دون خلل الانعكاس ، بالبزل القطني ،
تفاعل خلوي وسط ، آح طبيعي

تشرين الاول سنة ٩٠٦ — تساوي الحدقتين ، لا خلل في الانعكاسات ، بالبزل
القطني — تفاعل خلوي خفيف ، آح طبيعي

تشرين الثاني سنة ٩٠٧ — بالبزل القطني — سائل طبيعي

ايار سنة ٩١١ — اختلاف الحدقتين المتقطع والخفيف جداً ، بالبزل القطني ،
سائل طبيعي

نيسان سنة ٩١٩ — تساوي الحدقتين ، انعكاسات طبيعية ، بالبزل القطني ،
سائل طبيعي

وقد بلغني سنة ١٩٣٠ ان المريضة بصحة جيدة جداً .

واليكم المشاهدتين التاليتين المتعلقتين بوراث الزهري :

ففي الاولى نرى ان تفاعلاً سحائياً صريحاً ظهر قبل التهاب العصب البصري بشهر او شهر ونصف غير ان المريض ويا للأسف لم يتبع حتى

شفائه ولكن المشاهدة الثانية تسد هذه الثلمة باظهارها ان هذه العوارض اسرعت في الظهور

المشاهدة الثامنة عشرة : س . . . وعمره ثلاثة اشهر

١٩ تشرين اول سنة ٩٠٦ — حطاطات ، اختلاجات ، صلابة النقرة ، التهاب المشيمية، بالبزل القطني — تفاعل خلوي وسط وآح طبيعي

٣٠ تشرين الثاني سنة ٩٠٦ — التهاب العصب البصري ، بالبزل القطني — التفاعل نفسه

١٠ كانون الثاني سنة ٩٠٧ — الحالة نفسها في العينين ، بالبزل القطني — خفة التفاعل الخلوي

والمشاهدة الثانية تتعلق بوليد أُصيب بمندفعات حطاطية وصلابة النقرة مع تفاعل خلوي وسط دون زيادة في الآح وبعد شهر من الزمن اشتدت التفاعلات الخلوية دون التفاعلات الاحينية وبعد١٥ يوماً لوحظ التهاب مضاعف في العصب البصري وبعد اربعة اشهر عاد كل شيء الى نصابه سريرياً وخلطياً وهذه المشاهدة هي مصغر ما ذكرناه في الكهول مرات عديدة

المشاهدة التاسعة عشرة : س وعمره شهران ونصف شهر

١٦ جزيران سنة ٩٠٦ — حطاطات ، صلابة النقرة بالبزل القطني — تفاعل خلوي وسط وآح طبيعي

١٨ تموز سنة ٩٠٦ — بالبزل القطني — تفاعل خلوي شديد وآح متزايد

١ آب سنة ٩٠٦ — التهاب العصب البصري المضاعف ، بالبزل القطني — التفاعل نفسه

٦ تشرين الثاني سنة ٩٠٦ — تحسن جميع الاعراض ، بالبزل القطني — تفاعل خلوي خفيف

٨ كانون الثاني سنة ٩٠٨ — بالبزل القطني — سائل طبيعي

الفئة الثالثة : ان المشاهدات السالفة تتعلق بزهريين ابدوا منذ بدء آفتهم تفاعلات مختلفة الشدة في السائل الدماغي الشوكي ثم ما لبثت هذه التفاعلات ان تلاشت ، بعد ان كانت قد تكاملت خلال سنين عديدة ، دون ان تترك اقل اثر ، واما ما سنذكره الان من المشاهدات فيتعلق بزهريين ابدوا تفاعلات شبيهة جداً بتفاعلات المرضى السالفة من حيث ظهورها واشتدادها ولكنها دامت سنين عديدة وانتهى بها الامر بزهري عصبي خطر .

ويستفاد من هذه المشاهدات ولا سيما من الوجهة العملية ان التفاعلات ظهرت في السائل الدماغي الشوكي منذ بدء الزهري نفسه واستمرت سائرة من سيء الى اسوأ وافضى بها الحال بعد مدة متفاوتة الطول الى زهري عصبي خطر يستنتج من ذلك في هؤلاء المرضى وفي غيرهم ايضاً ان اصابة الجملة العصبية حاصلة منذ بدء الزهري ولكنها بقيت خفية مدة طويلة من الزمن حتى انتهت بالسهام (tabès) او بالفلج العام . والنقطة الهامة التي اجهد نفسي في جعلها حقيقة راهنة هي ان فحوص السائل الدماغي الشوكي في هذا الدور السريري الخفي كانت ايجابية مما دل على وجود عمل خفي في ملء الجملة العصبية بينما كل الفحوص السريرية جميعها كانت سلبية . فاليكم الان مشاهدة مريض أبدى منذ بدء زهريه تفاعلات شديدة في السائل الدماغي الشوكي وما زال التفاعل بعد ثماني سنوات مضت كما كان عليه من الشدة مع ان الاستاذغيلان لم يتوفق ابداً لتحقيق اي عرض سريري عصبي

ثم مات المريض عرضاً قبل ان تتم مشاهدته فالحالة اذن حالة التهاب سحائي مزمن بدأ مع الزهري ولكنه بقي خفياً مدة ثماني سنين ولم تعرف النتيجة التي كان لا بد له ان يسير اليها وهي اما الشفاء كما رأينا في المشاهدات السالفة او الزهري العصبي الخطر كما سنرى لأن الموت ادركه قبل ذلك

المشاهدة العشرون : س . . . وعمره ٣٠ سنة

سنة ٩١٢ — قرحة افرنجية على الشفة السفلى ، وردية ، لويحات مخاطية بالبزل القطني — تفاعل خلوي شديد جداً وآح متزايد جداً

سنة ٩٢٠ — لم يشاهد الاستاذ غيلان اقل عرض سريري للزهري العصبي بالبزل القطني — تفاعل خلوي غزير ، الآح ١,٥٠ غرام ، بورده واسرمان ايجابي بشدة ، الدم ، بورده واسرمان سلبي

سنة ٩٢٢ — غرق المريض عرضاً وهو يصطاد

ونرى في المشاهدة التالية ما نظرناه في المشاهدة السابعة مع انه يمكننا القول بايجابية سائله الدماغي الشوكي نظراً الى اللقوة التي اصابته منذ بدء زهريه الى ما يشاهد في الحوادث المشابهة فالحالة هنا حالة التهاب سحائي مزمن بقي خفياً ١١ عاماً لان الاستاذ (غيلان) لم يشاهد ابانها اقل عرض سريري عصبي ولم يتيسر لنا بعد ذلك ان نقف للمريض على أثر

المشاهدة الحادية والعشرون : س . . . وعمره ثلاثون سنة

ايلول سنة ٩١١ — قرحة الشفة

تشرين الثاني سنة ٩١١ — صداع شديد ودوار

كانون الثاني ٩١٢ — لقوة ، البزل القطني ، لم يجر غير اننا نعتقد جداً بايجابيته كما تدل على ذلك مشاهدات جميع المرضى الذين اصيبوا بلقوة منذ بدء زهريهم

حزيران سنة ٩٢١ — خذل شقي ايسر (hémi parésie gauche):
اذار سنة ٩٢٢ — فحص المريض الاستاذ (غيلان) فلم يشاهد فيه اقل عرض
سريري دال على التهاب السحايا او على تغير في الجملة العصبية ،
بالبزل القطني — تفاعل خلوي شديد جداً ، الآح ١،٥٠ غرام
بورده واسرمان — ايجابي ، الدم بورده واسرمان ايجابي

ولم نرَ المريض بعد ذلك .

وفي المشاهدة التالية نرى تفاعلاً سحائياً شديداً بدأ مع الزهري وتقدم الكساحة Paraplégie بستة اشهر

المشاهدة الثانية والعشرون : س . . . وعمره ٢٣ سنة

٢٠ تموز سنة ٩٠٥ — افرنجيات صباعية في العنق بالبزل القطني ، تفاعل خلوي شديد جداً وآح متزايد
٩ كانون الثاني سنة ٩٠٦ — كساحة ، بالبزل القطني — التفاعل نفسه
١٨ نيسان سنة « « — تحسن الكساحة ، امحاء الانعكاسات الرضفية والدابرية بالبزل القطني — التفاعل نفسه

وفي المشاهدة الاتية نرى تفاعلاً خلوياً شديداً بدأ مع الزهري وتلاه بعد اربعة اشهر التهاب العصب البصري ثم اشتدت التفاعلات فكان تفاعل بورده واسرمان ايجابياً في السائل وفي الدم وبعد ذلك بسنتين ظهرت علامات التهاب النخاع الشوكي المعترض : وكساحة .

المشاهدة الثالثة والعشرون : س . . . وعمره ٣١ سنة

ايلول سنة ٩١١ — قرحة افرنجية ، وردية ، بالبزل القطني ، تفاعل خلوي شديد
كانون الاول سنة ٩١١ — صداع شديد ، دوار ، التهاب العصب البصري الايسر بالبزل القطني ، تفاعل خلوي شديد جداً ، وآح متزايد جداً

كانون الثاني سنة ٩١٢ — بالبزل القطني ، تفاعل خلوي شديد جداً مع كثير
من خلايا المصورة وكثيرات النوى وآح متزايد جداً ،
تفاعل بورده واسرمان ايجابي في الدم والسائل

شباط سنة ٩١٣ — حدقة طبيعية ،التهاب القزحية والمشيمية للعين اليسرى بالبزل
القطني ، تفاعل خلوي وسط وآح متزايد ، تفاعل بورده
واسرمان ايجابي في السائل والدم

ايلول سنة ٩١٣ — التهاب النخاع الشوكي المعترض وكساحة

والمشاهدتان التاليتان تتعلقان بمريضين ابديا في بدء زهريهما علامات التهاب السحايا واصيبا سريعاً بالسهام .

ففي المشاهدة الاولى بقي تفاعل السائل الدماغي الشوكي ايجابياً سنتين بعد بدء الزهري يرافقه اعراض التهاب جذوع الاعصاب العضدية اليمنى وبعد سنة من ذلك اصيب بالسهام ،

المشاهدة الرابعة والعشرون : ر . . . عمرها ٤٦ سنة

سنة ٩٠٦ — اندفاعات متعممة ، سقوط الاشعار ، اسقاط

تشرين الاول سنة ٩٠٨ — صداع شديد ، التهاب الجذور العصبيةالعضدية اليمنى
ضعف الانعكاسات الداغصية والعينية ، بالبزل القطني ،
غزارة البلغميات

آذار سنة ٩٠٩ — سلس البول ، انعدام الانعكاسات الضيائية

تموز سنة ٩٠٩ — سهام واضح

وفي المشاهدة الثانية لم يجرِ البزل القطني غير ان المريض اصيب بفلج عيني وشفع (Diplopie) الأمر الدال على التهاب سحائي مع بزل قطني ايجابي على ما نرجح وبعد ثلاث سنين امحت الانعكاسات ثم ما لبث المريض

بعد ثماني سنوات ان أصيب بسهام يرافقه سائل دماغي شوكي ايجابي

المشاهدة الخامسة والعشرون س . . .

شباط سنة ٩١٣ — وردية

حزيران سنة ٩١٣ — فلج عيني ، شفع ، واما البزل القطني فلم يجر غير انه من المحتمل كثيراً كونه ايجابياً لانه كثيراً ما يكون كذلك في مثل هذه الافات العينية الحاصلة في الدور الثانوي

آب سنة ٩١٦ — اختلاف الحدقتين ، انعدام الانعكاسات ، بورده واسرمان الدموي سلبي

تشرين الاول سنة ٩٢١ — سهام صريح ، بالبزل القطني ، تفاعل خلوي شديد جداً ، ومقدار الآح ١ غرام ، بورده واسرمان ايجابي ، الجاوي ايجابي

وهذه مشاهدات خمسة مرضى كان البزل القطني فيهم ايجابياً منذ بدء زهريهم (عدا المشاهدة الاولى «٢٦») وأصيبوا بالفلج العام ولم ينقطع التفاعل الايجابي حتى ظهرت اولى العلامات السريرية للفلج العام ففي المشاهدة الاولى لم يجر البزل القطني ولم اكن لأعتد بهذه المشاهدة لو لا ان المريض أُصيب بلقوة منذ سني زهريه الاولى ولكني قد لاحظت في المشاهدات الاخرى المشابهة تفاعلات صريحة في السائل الدماغي الشوكي ، كما تدعمه المشاهدتين الحادية عشرة والرابعة عشرة السالفتين ومشاهدات اخرى لم اذكرها في هذه المذكرة ، فقد تأكدت جيداً ان التهاب السحايا الذي ظهر منذ بدء المرض بقي خفياً ست سنوات ثم ظهرت شدته في الوقت الذي ظهرت به أُولى علامات الفلج العام الذي مات المريض على اثره بعد سنتين

المشاهدة السادسة والعشرون : س . . . .

سنة ٩١٤ — قرحة افرنجية

سنة ٩١٥ — لقوة ولم يجرِ البزل القطني غير ان ايجابيته امر ثابت في امثال هذه الحوادث

سنة ٩٢١ — فلج عام صريح ، بالبزل القطني — تفاعل خلوي شديد ترافقه الخلايا المصورة ، الآح ١,٤٠غراماً ، بورده واسرمان ايجابي بشدة الجاوي ، ايجابي ، بورده واسرمان الدموي ، ايجابي بشدة

سنة ٩٢٣ — مات المريض متأثراً من الفلج العام

وفي المشاهدة الثانية نرى التهاباً سحائياً يثبتـه لنا الفحصان السريري والخلطي ظهر عام ١٩٠١ مع بدء الزهري واستمر حتى ٩١٥ اذ مات المريض أثر الشلل العام . واذا جاز لنا ان نتردد في التهاب السحايا استناداً الى ظهور ألم المثلث التوائم الذي تلاه فالج شقي وبكم فلا يمكننا ان ننكر حقيقة تدعمها تفاعلات السائل الدماغي الشوكي الايجابية التي استمرت سنة ٩٠٣ حتى سنة ٩١٥ فقد كان البزل القطني في جميع مراحل الآفة دليلًا على وجودها وشدتها لأنه منذ البدء كانت كثيرات النوى عديدة كما ان السائل كان عكراً بعد بزول متكررة .

المشاهدة السابعة والعشرون : . . . .

اذار سنة ٩٠١ — وردية ، افرنجيات صباغية في العنق

تشرين الأول سنة ٩٠٣ — ألم المثلث التوائم ، التهاب الشبكية النزفي المضاعف بالبزل القطني — تفاعل خلوي شديد جداً ، سائل عكر وآح متزايد

كانون الثاني سنة ٩٠٤ — صداع شديد ، بالبزل القطني التفاعل الخلوي نفسه ، سائل عكر

تموز سنة ٩٠٤ — فالج شقي وبكم
حزيران سنة ٩٠٥ — شفاء الفالج الشقي ، انعكاسات طبيعية ، بالبزل القطني تفاعل خلوي شديد جداً ، سائل عكر
تشرين الاول سنة ٩٠٦ — بالبزل القطني ،التفاعل الخلوي نفسه ،مقدار الآح غرام
ايار سنة ٩٠٧ — » » » » » » »
تشرين الاول سنة ٩٠٨ — الحدقة اليسرى غير منتظمة والحدقة اليمنى ذات انعكاسات متناقضة . بالبزل القطني تفاعل خلوي اخف ،مقدار الآح غرام
كانون الاول سنة ٩١١ — تشوش بسيط في التكلم ، بالبزل القطني تفاعل خلوي واضح وخلايا المصورة ، آح متزايد جداً ، بورده واسرمان ايجابي
آذار سنة ٩١٢ — علامة آرجيل ، انعكاسات شديدة ، بالبزل القطني التفاعل نفسه

وقد ماتت المريضة اثناء الحرب أثر الفلج العام .

ولا تخلو المشاهدات الثلاث التالية من فائدة تذكر فترى فيها ان التهاب السحايا والاوعية (meningo-Vascularite) الذي ظهر منذ بدء الزهري بقي خفياً عشر سنوات (كما في المشاهدة ٢٧) وخمس سنوات (كما في المشاهدة ٢٩)وعشر سنوات (كما في المشاهدة ٣٠) حتى ظهرت سريرياً اعراض الشلل العام .

المشاهدة الثامنة والعشرون : . . .

سنة ٩١٠ — بدء الزهري ، بالبزل القطني ، تفاعل ايجابي
من سنة ٩١٠ — ٩٢٠ — استمرار تفاعل السائل الدماغي الشوكي
سنة ٩٢٠ — شلل عام

المشاهدة التاسعة والعشرون : . . . . وعمره ٢٢ سنة

آب ٩٠٧ — مندفعات وردية ، لويحات مخاطية

كانون الاول سنة ٩٠٧ـ بالبزل القطني ـ تفاعل خلوي شديد جداً
نيسان سنة ٩١٢ ـ صداع شديد ، اختلاف خفيف في الحدقتين بالبزل القطني
تفاعل خلوي شديد ، بورده واسرمان الدموي ايجابي
ايلول سنة ٩١٢ ـ خلل في الكلام ، رعشة في اللسان ، حدقة تكاد تتفاعل في
النور بالبزل القطني تفاعل خلوي شديد جداً ، آح متزايد
جداً ، بورده واسرمان ايجابي بورده واسرمان الدموي ايجابي
اوائل سنة ٩١٣ ـ شلل عام صريح ، بالبزل القطني ، التفاعل نفسه

واما المشاهدة الثالثة (٣٠) فقد بولغ في تدقيقها فبعد ان فحص السائل الدماغي الشوكي في بدء الزهري كما هي القاعدة شوهد تفاعل سحائي شديد جداً دون اي عرض سريري وفي السنة التي تلتها اجري له فحص آخر فكانت النتيجة أوضح وأصرح وفي سنة ٩٢٠ قام صديقي الاستاذ غيلان بفحص المريض فلم يشاهد فيه عرضاً سريرياً ما وفي غرة سنة ٩٢١ حقنه ببعض حقن من الكالومل ثم اختفى عن الانظار وبقي دون معالجة وقد بلغني سنة ٩٢٩ انه مصاب بالشلل العام منذ سنة ٩٢٨

المشاهدة الثلاثون : س . . . عمرها ٢٨ سنة

سنة ٩١٧ ـ قرحة ، وردية ، لويحات مخاطية
سنة ٩١٩ ـ لويحات مخاطية ، بالبزل القطني ، تفاعل خلوي شديد جداً ، الآح
٠,٦٠ سغ ، بورده واسرمان ايجابي بشدة
سنة ٩٢٠ ـ فحصه الاستاذ غيلان ولم يرَ اي عرض سريري للزهري العصبي ،
بالبزل القطني ، تفاعل خلوي شديد جداً ، الاح ٨٠ , سغ ، بورده ،
واسرمان ايجابي بشدة ، بورده واسرمان الدموي ايجابي بشدة

وكان يحتقن المريض في اثناء ذلك بالكالومل وبزل قطنه عشر مرات

متوالية باسم التفجير القطني

ومن سنة ٩٢١ — سنة ٩٢٩ — غاب عن الاعين ولم يعالج وفي سنة ٩٢٩ علمنا انه دخل مستشفى (سانت آن) لاصابته منذ سنة بالشلل العام .

النتائج : يستنتج من المشاهدات السالفة دون حاجة الى الاسهاب في تعليلها ما يأتي :

(١) — كثرة الاصابات العصبية الخفية مع فقد الاعراض السريرية تلك الاصابات التي يدل عليها تحليل السائل الدماغي الشوكي وتبدو مع بدء الزهري كسبياً كان او ارثياً وقد أبنت سنة ٩٠٣ كثرة وقوعها اذ كان عدد الوقائع يقرب من ٦٨ ٪ في الزهري الثانوي الذي يرافقه خمج زهري ثم لا تلبث ان تختفي في بضعة اشهر دون ان تبقي لها اثراً .

ولقد جربت في فاتحة هذه المذكرة ان أبين المنشأ الزهري والعلاقات الوثقى التي تربط الافات السحائية الوعائية الجوهرية مع تفاعلات السائل الدماغي الشوكي التي ليست الا دليلها الحيوي

(٢) — تطول بعض الافات النادرة اكثر من ذلك ومنها :

أ — ان بعض الافات التي تبقى خفية دون عرض سريري تُظهر جميع درجات الشدة الممكنة حتى انها قد تكون فائقة الشدة مع كثرة الخلايا ولا سيما خلايا المصورة وغزارة الاح ايضاً وتفاعل واسرمان الايجابي في الدم والسائل وكذا تفاعل غيلان ثم لا تلبث ان تختفي في بضع سنين دون نكس سريري وخلطي كما تظهر ذلك مشاهدات ٢٠ سنة واكثر .

ب — وآفات اخرى تشبه أتم الشبه ما سبق ولكنها تتصف ببعض

العلامات السريرية الصغيرة الدالة على الزهري العصبي (التهاب الشرايين التهاب الاوعية والسحايا ، فلج عصب او عدة اعصاب قحفية والخ) ثم لا تلبث ان تشفى تماماً .

ومهما يكن فقد رأينا في بعض المشاهدات تقدم التفاعلين في السائل على ظهور هذا العرض السريري الصغير مثبتا بذلك الدور السابق للسريريات لهذه التظاهرات المختلفة

ج — وفي هذا القسم الآفة العصبية تبدأ مع الزهري وتكون شديدة في الغالب بعد ان تمر بدور خفي قد يكون طويلاً في بعض الاحيان ثم تتلوه علامات سريرية دالة على زهري عصبي وخيم : (التهاب النخاع ، سهام ، شلل عام) وهذا ما يؤكد ايضاً الدور السابق للسريريات الذي ذكرته سنة ٩١٤ .

(٣) — تثبت المشاهدات السالفة كما ستثبت المشاهدات التالية كثرة التفاعلات الايجابية في السائل الدماغي الشوكي التي يرافقها تفاعل بورده واسرمان الايجابي دون ان يكون ثمة اقل عرض سريري خلافاً لرأي (سيكار) الذي صرح سنة ٩٢٠ في الاجتماع السنوي لجمعية الامراض العصبية وسأعود الى هذه النقطة المهمة حينما اسرد المشاهدات الاخرى بعد حين

(٤) — تستحيل معرفة المنهج الذي ستسلكه الافات السحائية الجوهرية على الرغم مما لدينا من وسائط الاستقصاء الحاضرة (حتى تفاعل غيلان او الذهب الغروي) هذا متى لم تكن الاعراض السريرية وكان ثمت تفاعل خلوي شديد في المائع الدماغي الشوكي (للبحث صلة)

طريقة كاستل في معالجة فقر الدم الخبيث

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

ما من يجهل ان الطب كان قاصراً عن معالجة فقر الدم الخبيث على الرغم من تعدد الطرق وان فكرة جديدة جاءت تبين دور التشوشات المعوية في في احداث هذا الداء غير ان الطرق التي وجهت الى مكافحة تلك التشوشات املاً بتحسن حالة الدم لم تثمر كثيراً .

ثم ظهرت منذ مدة مقالة لمينو ومورفي بينا فيها فائدة الاستعضاء الكبدي في معالجة فقر الدم الخبيث فكان لهذه الطريقة شأنها في فن المداواة لحسن نتائجها وسهولة استعمالها . وقد كشف مينو ومورفي طريقتهما صدفة لان هويبل كان قد بين قيمة الاستعضاء الكبدي في ترميم الكريات الحمر في الكلاب المضعفة دماؤهم بفصادات مكررة فاستفاد مينو ومورفي من فكرة هويبل وجربا هذا الاستعضاء في فاقات الدم الخطرة فكانت منها فوائد باهرة تفوق الفوائد التي جناها هويبل في فاقات دم الكلاب المضعفة دماؤهم بالفصادة غير ان طريقة فعل الكبد بقيت لغزاً من الالغاز ولم تمكننا هذه المعالجة من تعليل اسباب فاقة الدم .

ويظهر ان شيئاً كان ينقصنا فيما كنا نعرفه عن لا كيلوسية (achylie) المعدة في احداث فاقة الدم الخبيثة وفيما عرفناه عن دور الاستعضاء الكبدي في معالجتها فجاءت اختبارات كاستل من جامعة هرفرد في بوسطن تبين لنا

هذا النقص في الكيلوسية اذا لم يكن سبب فقر الدم الخبيث فهو على الاقل حادث مرتبط ارتباطاً وثيقاً بالخلقة المرضية لهذه الآفة .

ويبنى هذا الاعتقاد على عدد عديد من الحوادث درست درساً دقيقاً . لانه منذ الزمن الذي لاحظ فيه فنويك سنة ١٨٧٧ ضمور المعدة في فاقات الدم الخطرة واعلن فيه كوهن وفون مهرينغ نقص الكلورية في هذه الآفة نالت الفكرة المعدية مركزاً مهماً في فاقة بيرمير الدموية حتى ان هونتر وهيرست في انكلترة وغيرهما في المانية والدانمرك والولايات المتحدة توصلوا الى عدها ليس من علامات المرض الاساسية والثابتة فحسب بل كتشوش بدئي واساسي في نشأة المرض .

١ — اجمعت جميع الاحصاآت الحديثة على تبيان ان اللاكيلوسية المعدية التامة والمستمرة هي امر ثابت في فاقة الدم . ولا يفهم من هذا ان جميع حوادث اللاكيلوسية المعدية يجب ان ترافقها فاقة الدم الخبيثة فان منها ما هو خلو منها . ولكن الاحصاآت الحديثة قد وضعت بعد اختبار المراقبة بالهيستامين وهذا الاختبار يحدث الافراز الكلوري الهضموني في مرضى لا يحدث فيهم هذا الافراز عفواً فهو والحالة هذه لا يجيز لنا عدّ لاكيلوسية المعدة كما في السابق تشوشاً لا يعبأ به . فاختبار الهيستامين لا يزيل لاكلورية وهضمينية (anachlorhydropepsic) المعدة في فاقات الدم الخبيثة . ومعد هؤلاء المرضى خلافاً للمعد الطبيعية تتشرب المواد الملونة المدخلة في في الدوران العام .

وعدا ذلك فان كثيراً من المؤلفين يعتقدون ان فاقة الدم بالكريات

الحمر ليست علامة مبكرة ولا اضطرارية في داء بيرمر بل ان بعض الحادثات في هذه الآفة تتصف من الوجهة الدموية بفرط اصطباغ الكريات وبدون فاقة دم . وهذه الانواع المسدفة من التناذر (syndrome) كثيرة الحدوث في اللا كيلوسيين (achyliques)

٢ً — وهناك شيء اغرب من هذا وهو ان بعض المرضى المصابين بالكيلوسية المعدية الواضحة والمستمرة قد روقبوا ردحاً طويلًا من حياتهم فلم يبدُ في دمائهم اقل تبدل في الزمن الاول واذا بهم بعد بضع سنوات وربما بعد عشر منها مصابون بفقر دم خبيث نموذجي وقد روى كونار زهاء ثلاثين حادثة من هذا النوع . فعلينا اذن ان نتساءل عما اذا كان الواجب لا يقضي علينا باحداث معالجة واقية من فقر الدم الخبيث .

٣ً — المشاهدات عديدة عن فقر الدم الخبيث العيلي حيث يبدو في افراد الاسرة جميعهم المصابين بفقر الدم الخبيث نقص في الكلورية والهضمين لا بل كان يرى في جيران اولئك المرضى عدد من لا كيلوسية المعدة معادلاً ل ٢٦ ٪ وهو معدل يفوق جداً المعدل الذي يرى في الاشخاص العاديين البالغ ١٥,٢ ٪ .

٤ً — ولا كيلوسية المعدة هي في الغالب ثابتة لا تشفى حتى ان الاستعضاء الكبدي ولو حسن الحالة الدموية لا يبدلها مطلقاً .

٥ً — فقر الدم في سرطان المعدة الذي لم تطرأ فيه نزوف ولا انتقالات الى نقي العظام يعلل بهذه الطريقة كما يعلل فقر الدم المرافق لمرجلات المعدة ولسلها

٦ً — شاهدوا فقر الدم الخبيث في مرضى احدثت فيهم لا كيلوسية المعدة اثر قطع المعدة التام والمشاهدات المثبتة لهذا الامر ليست عديدة لان عملية قطع المعدة التام ليست بالعملية الكثيرة الاجراء ويظهر فقر الدم عادة بعد العملية بثماني سنوات

فاذا ما اقررنا بالدور الامراضي (pathogénique) الذي تلعبه لا كيلوسية المعدة في فقر الدم الخبيث تمكنا من تعليل الامر بفرضيتين مختلفتين : الفرضية السمية الانتانية وفرضية العوز (carence) متى زالت خمائر المعدة الطبيعية تمكنت الجراثيم من الاستيلاء على هذا العضو الذي تقتله عصارتها في حالة السلامة. فتنتشر حينئذ في المعدة والامعاء الذيفانات الجرثومية وتمتصها الامعاء فتمر الى الدم وتتلف كرياته .

والفرضية الثانية ممكنة ايضاً وهي ان لا كيلوسية المعدة تمنع انضاج عنصر مغذ ضروري لتجديد عناصر الدم الحمر فاذا ما فقد هذا العنصر حدث فقر الدم الخبيث .

ويوجد هذا العنصر في الكبد النيئة للحيوانات اللبونة فاذا ما أوكلت هذه الكبد نيئة اعاضت ما فقده الجسم .

هذه هي النظرية التي تبنى عليها فرضية كاستل واختباراته التي اجراها وحده او بالاشتراك مع مؤازريه .

فقد اطعم كاستل اولاً شخصاً ثلاثمائة غرام من لحم عضلات الثور وبعد ان مر ٤٥ — ٦٠ دقيقة دغدغ بلعومه فالقى ما في معدته واضاف اليه من الحامض الكلورهيدريك مقداراً اعاد p H ٢,٥٠ —٣,٥٠ ووضع

المزيج في المحم من ست ساعات الى ٣٠ ساعة ثم رشح السائل من خلال نسيج دقيق واعاده قلوياً (pH=0) باضافةالصوده اليه واعاده بالمسبار الى معدة مريض مصاب بفقر الدم الخبيث النموذجي وكان المريض صائماً منذ ست ساعات وبقي صائماً بعد ادخال هذا السائل ساعة اخرى . ولم يكن في غذاء المرضى المعالجين كبد ولا كلى . ولما كانت المعاينة الشعاعية قد دلت ان ثلث الطعام في شخص سليم بعد درس الامر فيه بخلط لحم البقر النيء بكبريتاة البريت ومعاينته يكون قد مرّ من البواب بعد ساعة من الطعام فالكيلوس (chyme) الذي استخرج اذن واعطيه المريض المصاب بفقر الدم الخبيث يمثل زهاء ٢٠٠ غم اللحم

وقد انتخب للاختبار عشرة اشخاص وكرر هذا الامر في كل منهم مرة في اليوم وثوبر عليه من اسبوعين الى ستة اسابيع فتفاعل معظمهم كما لوكانوا قد عولجوا بالاستعضاء الكبدي : نوبة شبكية خلوية (réticulocytaire) في اليوم العاشر كانت تظهر اكثر وضوحاً كلما كانت فاقة الدم المبدئية اشدّ ، وازدياد تدريجي ومنتظم في عددالكريات الحمر ، ومنحنيات المرضى الذين كان يعالجهم كاستل بالطريقتين كانت تتشابه كل التشابه بعد مقابلة بعضها بالبعض الآخر .

فهذه الاختبارات تبين ان مادة فعالة تؤثر في دم فقراء الدم المصابين بمرض بيرمر التأثير نفسه الذي تحدثه الكبد النيئة . ولا تظهر هذه المادة في عصارة المعدة في لحم البقر بل تنتج فقط من ملامسة احداهما للاخرى ملامسة طويلة ومن انهضام لحم العجل العضلي انهضاماً يتصف به الافراز المعدي.

يبين لنا هذا ان المعدة ليست عضواً معداً للهضم فقط كما كان يظن وان شعاعاً من النور قد وجه الى إمراض فقر الدم الخبيث الذي يجب ان نعده وفقاً لمبدإ كاستل مرضاً ذا نموذج خاص ناجم من العوز (carence)

وقد طبق بعضهم طريقة كاستل التي يصعب تطبيقها بالممارسة باسلوب آخر فبينما كانت طريقة كاستل تستدعي ان يستعمل المريض زهاء ٣٠٠ غم من عصارة معدة الانسان الامر الذي لا يستطاع تطبيقه جاء كونر فبدل هذه الطريقة باعطاء المرضى معدة الخنزير النيئة بعد غمسها بالماء الغالي لازالة الجراثيم السطحية العالقة بها وتحسين طعمها باضافة بعض المواد الشهية اليها . ثم عاد سواه فاستعمل المعدة المجففة. وقد حضرت معامل بارك دفيس محضراً مكثفاً يعادل كل ٣٠ غم منه ٢١٨ غم من المعدة النيئة دون ان يكون له طعم او رائحة ومعلقاً في الماء ويفعل هـذا المحضر حتى متى لم يكن حامض كلورهيدريك حر .

ثم كثرت المستحضرات المشابهة له في جميع البلدان وكانت نتيجتها تحسن الحالة الدموية في فقراء الدم .



جروح المفاصل

للدكتور لوسركل استاذ السريريات الجراحية في المعهد الطبي

ترجمها السيد عبدالحليم العلمي

طالب طب

اذا تكلمنا عن الجروح المفصلية فلا نعني منها الا الجروح النافذة ، تلك الجروح الراعبة ، بسبب ما تجلبه من الانتان، الذي يؤدي الى التهاب المفصل وتقيحه وتخريبه ، وهي لعمري جروح مخيفة واي مخيفة ولا سيما اذا وقعت في مفاصل كبيرة ، كالركبة والحرقفي الفخذي والمرفق ، لأنها جيوب امتصاص واسعة ، ومقر حركات هامة ، ولا ما يضمن اجراء هذه الحركات ، الا سلامة المفصل سلامة تامة .

لنسرد الآن كيف يتم الامر : لنتخيل ركبة ما نفذت فيها ابرة او دبوس فحدث جرح في منتهى الصغر — واغلب ما يقع ذلك في الذين تضطرهم مهنتهم الى الزحف بركبهم على الارض او في الاطفال — فاذا كانت الآلة الواخزة قليلة التلوث، فالامر بسيط جداً ، لان للكيس الآحي وسائطه المدافعة ، فيحدث تفاعل خفيف بدون تظاهرات خارجية ، اي لا يحدث انصباب ولا ألم ، ثم لا يلبث الترمم ان يتم .

لنفرض الان عكس ما سبق : اي انه قد نفذ في المفصل مسمار او قضيب معدني شديد التلوث — بملامسته لارض المعمل — فالجرح الذي يحدث

قد يظهر بسيطاً لان ثقب الدخول صغير جداً .

ولكن الحقيقة تكون خلاف ذلك اذ يصبح مسير المسمار شديد الحس ، وحركات المفصل محدودة جداً وحرارة المريض العامة تأخذ في الازدياد ، ثم لا يلبث ان يتشعع في المفصل ألم حاد فوري ، في مدة ٤٨ ساعة ، ويزداد لدى اجراء اقل حركة او ضغط، وتنتبج الحفر حول المفصل وتمحي ، ثم يحصل انصباب ، وارتفاع حرارة ، وهذا هو التهاب المفصل الحاد بكل اعراضه ، لان العوامل الممرضة النافذة مع المسمار في المفصل تغلبت على قوة الدفاع التي يتصف بها المائع المحفظي اذ لا نلبث ان نرى في مدة ٤٨ ساعة ان من نتيجة هذا الانتصار، انتصار الجراثيم على العضوية ، ظهور ذات المفصل المتقيحة ، تلك الآفة الشديدة الخطر على وظيفة المفصل ، بل على الشخص ايضاً .

فالوذمة (œdème) والاحمرار والحرارة، هي شاهد عدل على شدة سير النتن ، كما ان الألم الفوري يكون شديد الحدة ،ويزداد عند اقل حركة . فالركبة الموترة بالانصباب تأخذ وضعة انعطاف معيبة لأنها الوضعة التي تستوعب بها اعظم مقدار من الانصباب ولكل مفصل وضعته الخاصة به

وبناءً على ذلك اذا لم يتداخل في الامر، فلا يلبث القيح ان يشق المحفظة وينتشر في الاقسام الرخوة المجاورة، مما يؤدي الى حصول فلغمونات منتشرة تنتهي بانفتاحها على سطح الجلد ، وعندئذ تتخرب الربط ويتفكك المفصل والكيس الآحي الذي كان مقاوماً قبلُ ، اصبح رديء الدفاع ، كما ان التفاعلات العامة اصبحت خطرة ، لارتفاع الحرارة الى ٣٩ — ٤٠ وازدياد

النبضان حتى ١٠٠ — ١١٠ فيموت الجريح من تعفن دمه .

هذه هي التطورات التي تطرأ على ذات المفصل المتقيحة المهملة او التي تأخرت مغالجتها .

ولنفرض الآن ان حدث جرح مفصلي بآلة قاطعة ، كضربة موسى ، او سحبة منشار آلي ، فاول ما يلاحظ هو الألم ، ثم انعقال وظيفة المفصل ، وتحدد حركاته ، ويعقبه انصباب رضي سريع الظهور ، لا يلبث ان ينقلب الى قيح يأخذ في السيلان من حافات الجرح المتورمة ، وذلك اذا تقاعس المريض عن معالجة آفته .

واما اذا كان الجرح الذي حصل اكبر اتساعاً من ذلك ، فالتحفيض (drainage) واجب لان القيح يعمل عمله الخادع المضلل ، في طي الخفاء ، فتحصل التخريبات دون ما ألم . وليعلم ان جميع ذوات المفصل التي لا تعالج اذا لم تود بالمريض بتعفن الدم فلا بد ان تضطره الى بتر عضوه .

كما انه يمكن ان تحصل الجروح العارضية من مرمٍ ناري، او من سيارة، او من قذيفة صادرة عن مرجل منفقع ، او من سقوط من طيارة . فاحد هذه الطواريء العديدة التي تحصل عادة في الطرق العامة تكون سبباً في تعفن الجرح اكثر من كثير من رضوض الحرب .

فالقذيفة او الرصاصة او قطعة الفولاذ ، التي تصل للمفصل بقوة قد تبقى فيه او تنفذ منه ، محدثة فيه تخريبات قليلة او كثيرة الامتداد ، واما الرصاصة ذات الحجم الصغير والسرعة الوسطى ، فتنفذ من المفصل كالخزام ، وتنغلق الاغشية خلفها دون خصول اتنان ما ، وينتهي الامر بسلامة السير ، واما اذا

بقي المرمي في المفصل جاراً معه اقذار الارض وقطع الثياب ، فقل بحصول ذات المفصل المتقيحة قولاً اكيداً ، ويمتد الانتان الى مركز الكسر المشترك اذا نثر المرمي او الدهس قطع العظم .

وبناءً على ذلك يجب اعتبار الجرح المفصلي كجرح عفن ، (الاماقل) ولا يلزم لدى التوسط ان ننتظر استقرار ذات المفصل القيحية ، التي نعلم ما لها من الاخطار الجمة . وان مداواة الجروح المفصلية تدخل في قائمة مداواة الجروح ، اذ يجب قبل كل شيء ان نضع الوقاية من الانتان نصب اعيننا . فما يترتب علينا اجراؤه؟ علينا قبل كل شيء ان نبدي تحفظاً في الانذار —والفت الانظار الى هذا الامر— لاننا لسنا على ثقة من اتقاء التعفن المفصلي وعلينا ثانياً ان نتقي الكزاز بحقن الجريح ، بالمصل المضاد له وتختلف بعد ذلك الاعتناآت التي يلزم اجراؤها حسب الوقت الذي مرّ على اصابة الجريح . فنرى ما اذا كان الجرح حديثاً ، وهل هو وخزة ، او مسير حدث من خردق بارود الصيد ، او جرح نافذ من رصاصة صغيرة القد ، لم تحدث تخريبات ذات شان فالقاعدة في كل ذلك ألا يستقصى في الجرح بالمرود (stylet) بل يطهر بدقة مع الناحية المحيطة به بصبغة الايود ، ويغطى برفادات عقيمة وبضماد قطني مع التيقظ للحرارة ، لانه قد يحدث في الجرح انصباب دموي جالب للنظر ، كما انه قد يحدث انصباب مصلي قليل الكمية ، ويبزل اذا غزر ثم تحقق هويته الجرثومية .

وذات المفصل لا تكاد تظهر الا بعد ٤٨ ساعة ، وعلى ذلك نلجأ الى الانتظار في بعض الحالات ، مع التهيؤ الى خزع المفصل متى ظهر اقل تفاعل

مصلي او ارتفعت الحرارة . واذا سار كل شيء حسناً بعد بضعة ايام ، نسمح آنئذٍ بالتحريك. ولكن بما ان التكهن عن سير الجرح سيراً حسناً متعذر يستحسن متى امكن استخراج المسير الذي احدثه العامل الراض دفعاً لكل شك . واذا كان الجرح اكبر وحافاته واضحة او مرضوضة كان علينا ألاَّ نلجأ الى التردد لان التردد يلاقي في هذه الحالة ارضاً صالحة بل ان نتوسط توسطاً جراحياً وان نطهر الجرح تطهيراً آلياً .

وقد ابدى (ديلور) في بدء الحرب العامة ان المحفظة المغلقة احسن دفاعاً من المحفظة المفتوحة : وقد وضع جراحو الحرب بعدئذٍ القواعد التي يجب اتباعها في معالجة الجروح المفصلية ثم انتقلت منهم الى الاطباء الملكيين .

وقد دقق المخبر من قبله في قوة المائع المحفظي المؤخرة لنمو الجراثيم ، وهذا ما يجيز لنا ان نطيل الزمن الذي يحق به التوسط الجراحي في جروح المفاصل عما هو عليه في جروح الاقسام الرخوة الاخرى . فيجوز تنضير الجرح بنجاح تام بعد ١٨ — ٢٤ ساعة او اكثر من ذلك احياناً واما اذا طال الوقت اكثر من ذلك فالنتيجة غالباً خائبة في مفصل الركبة .

وللعمل في مفصل الركبة يجرى شق موازٍ لاحذى حافات الداغصة ، الكائنة في مركز الجرح وهذا كافٍ للاستقصاء ، ثم تستأصل تماماً حافات الجرح الجلدية حتى النسيج السالم ، واذا اقتضى الحال فجميع النسج الممزقة والملوثة ، وعند ما نحس اننا اقتربنا من المحفظة يجب ان نسير بحكمة وتأنٍ ، لئلا نفتحها بدون جدوى ، واذا لم نلتفت اليها وثقبناها خطأً ، يجب فتحها فتحاً متسعاً ، (بعد تغيير الادوات الجراحية المستعملة) وتقطع

الحافات الملوثة وتكبر الفتحة حسب الحاجة ، ولاسيما اذا نفذ جسم اجنبي ما واردنا اخراجه ، ثم نختبر جميع وسائط الاتصال ، ونزيل علقات الدم وننظف الجرح والخ ويمكن ان نرى الساحة بوضوح بوضع المبعدات جيداً وبالشق شقاً جانبياً في الحالات المتوسطة . وتختلف الاعتناآت التي تتبع حسب الآفات : فاذا كانت المحفظة مثقوبة بدون آفة عظمية ، تغلق غالباً بدون تحفيض بعد ان تطهر وتنشف ، ثم يخاط الجلد من الاعلى ويوضع بين الاثنين احفوض (drain) صغير من الشعر ' يزال بعد ٤٨ ساعة (ويؤمر في بعض الاحوال) .

لنفرض الآن ان وجد مرم او جسم معدني في المفصل ، فيعين مقره بالرسم الشعاعي الجانبي والامامي الخلفي الذي يظهر الآفات العظمية في الوقت نفسه ، ثم يخرج المرمي من اقصر الطرق ، وتعالج الآفات «عند الحاجة».

واما اذا لم تكن ثمة آفة عظمية ، فتجرى التطهيرات اللازمة للمحفظة وتغلق كما مر آنفاً ، وفي الآفات العظمية المحدودة يعرض منعرج المرمي ، وتزال الشظايا المقتلعة او الملتصقة التصاقاً خفيفاً ، مع الحذر من السمحاق الذي اذا ترك ولد جسماً اجنبياً في المفصل .

واذا انفصلت لقمة، تعاد كما كانت وتسمر بعد رقء الدم، لأن الانصباب الدموي في المفصل قد يؤدي الى خيبة العمل، ويجرى التطهير الآلي بالغسل بالاثير ، الذي يسكب في المفصل سكباً ، فينفذ في جميع الرتوج باجراء حركات عطف وبسط ، ثم يغلق الجرح بسطحين سطح الكيس الآحي وسطح الجلد ، ويثبت الطرف في ميزابة , ثم يبدأ بالتحريك في اليوم السادس

ويقلع عن المبزابة في اليوم الثامن ؛ وفي الحالات البسيطة ، يستطيع المريض ان يمشي في اليوم ١٥ . وفائدة التحريك انه يشكل السطوح المفصلية المصلحة كما انه يعيد الوظيفة بتمامها .

واذا كان التلف عظيماً في المفصل ، يخزع (arthrotomie) خزعاً واسعاً في الامام بشكل U ، لأن عملية فتح جوف الركبة هذه (laparatomie du genou) تصبح ضرورية ثم تزال الشظايا او ينشر المفصل (Résection articulaire) .

ولا يغربن عن البال ، انه يجب الاهتمام بالمحافظة على وظيفة العضو ، فاذا كانت الشظايا العظمية كثيرة الامتداد ، وكان يخشى من استئصالها على توازن الطرف السفلي المقبل ، يستحسن اجراء النشر ثم لصق المفصل في وضعة حسنة ، واما في الطرف العلوي ، فالامر بالعكس اي تنزع الشظايا أياً كان اتساعها دون خشية ولا وجل .

واذا كانت الخياطة متعذرة في بعض الاوقات يستعاض عنها بدك الجرح بالشاش ، ويترك ريثما يترمم من نفسه لأن الدك (tamponnement) يحرض التكون العظمي (ostéogènése) . واما اذا كانت الشقوق عديدة ، وناجمة من سحق ما ، فيرجح بتر الطرف ولا سيما اذا رافقت الضياع المادي آفات عصبية ووعائية كبيرة .

ولكن الوخز الاولي الذي لا يعبأ به يوقع المريض بذات المفصل المتقيحة الاكيدة ، واذ ذاك لا يفيد التنضير ، بل يجب رأساً خزع المفصل خزعاً واسعاً .

ولنأخذ الركبة مثالاً على ذلك ، تجرى الشقوق العمليةفيها جانبيةوقائمة بين الداغصة (rotule) واللقمة ، وتصعد حتى عمق رتج المربعة الرؤوس ، ثم يغسل بالاثير ، او بدكان، وترفع الساق ليسهل عمل التحفيض، والطريقة الفضلى هي منع القيح عن الركود وذلك بالتحريك فلا حاجة اذن الى اجهزة جبصية وجبائر وميازيب ، بل التحريك الفاعل حسب طريقة ويلمس . تعطف الركبة عدة مرات ويرفع العقب في كل حركة ، فتفرغ الرتوج ويتدفق القيح من الشقوق الجانبية . وهذه الطريقة مؤلمة جداً ، ولكن نتائجها باهرة غالبا ، اذ على اثرهـا تهبط الحمى (واذا صعدت يستدل على احتباس صديدي فيجب الاكثار من الحركات او توسيع الشقوق) ولا يلبث القيح ان ينضب معينه في مدة اسبوع ، فيمكن آنئذ اغلاق احد الشقين لتعجيل الندب .

ومتى كان المفصل مفتوحا وملوثا لطاريء ما ، واهملت معالجته منذ عدة ايام يجب فتحه ايضا فتحا واسعا وطريقة ويلمس والارواء المتواصل بدكان يجوز تجريبهما .

واذا لم يتناقص القيح على الرغم من خزع المفصل ولم تحسن حالة المريض العامة ، فيجب نشر المفصل ، ولا سيما في المفاصل المشدودة كالمرفق واما في المفاصل الصغيرة كالبراجم (مفاصل الاصابع) ، فالبتر هو القاعدة، والا فتكون النهاية قسطا (ankylose) مزعجا . واذا كانت ذات المفصل مشتركة مع آفات عظمية هامة متعفنة ، فالنشر هو اول ما يجب عمله دون تأخير ، لان الحالة ليست حالة ذات المفصل والعظم (ostéo-arthrite) ، ولذا

تستحسن ازالة المفصل برمته ، كما يزال احد الاورام فتسلخ الاقسام الرخوة الملوثة العالقة بالعظم ، وينشر العظم حسب القواعد المعلومة . واذا لزم الامر تجعل السطوح المقطوعة بعيدة عن بعضها لتسهيل التحفيض وانقاص الامتصاص ما زالت علامات الانتان لم تهجع .

واذا هدد تعفن الدم ، او اذا اخطرت الحالة العامة ، فالمداواة الوحيدة هي البتر ، ولا يجب الانتظار ، ولا سيما في الركبة ، لئلا نرى ما يزعجنا وهو موت المريض رغما عن التضحية بعضوه .

الجروح الطاهرة تشفى عموما بتمامها ، ويعود الجريح ويستخدم عضوه ، (اذا لم يكن هنالك كسر) والنتيجة الوظيفية تصبح تابعة لامتداد التخريب العظمي ، ولكن في الحالات البسيطة تحقق خياطة المحفظة التفاعل الادنى في المفصل ، فلا يحدث التصاق وتكون المعاوضة الوظيفية سهلة العودة .

ان الاعتناآت بعد العملية مهمة جداً ، فقديماً كانوا يثبتون ، واما اليوم فالتحريك الباكر هو القاعدة المتبعة ، اذ كلما كان البدء به سريعا كان العمل سهلاً ومريحا — ويجب ان يكون فاعلاً يجريه الجريح نفسه — وهو رغما عن الكسور التي قد تكون ، احسن بكثير من التثبت ، في مدة ما ، عند من يرغب من المرضى في الشفاء السريع والتئام جرحه وسلامة عضوه دون ان يحتاجوا الى ما يعيضوا به عن الضمور العضلي ، لان التمسيد — ولو كان حسن الاجراء — غير مفيد بل مضر غالبا عند عودة الحركات . ولا يقال ان المريض قد شفي اذا لم يستعمل عضوه ، والجروح المفصلية يتبعها غالباً تيبس متفاوت الشدة ، او قسط (Ankilose) او استرخاء المفصل .

فالتيبس ينجم من التطورات الالتهابية في المحفظة والربط والنسج المجاورة . لان الربط المرتشحة بالوذمة تفقد مرونتها , والتثبيت يفقدها ملوستها , والاوتار تنكمش , واجنحة الغمد تلتصق ، والعضلات تضمر . فاجتنابا لكل ما ذكر ، يجب التحريك السريع البعيد المدى ، بان نجري كل يوم الحركة التي يطاق المها ، ولا يزاد عن ذلك لئلا يعود الالتهاب الى الظهور ثانية .

ولمعالجة جميع هذه العقابيل ، اذا لم تجتنب او لم تتقَ ، يجب ان يدأَب على كل ما يؤثر في الوذمة وفي العضلات ، كالحمامات والهواء الحار والاستشماس (héliothérapie) والتحريك الفاعل المستمر .

واما استرخاء المفصل فنادر جداً ، وقد تنشأ اختلالات من غذائية ترخي الربط ، وتضمر العضلات .

ويشفى خزع المفصل في اغلب الاحيان بالقسط ، مع تظاهرات التهابية وتكمشات ندبية ، اكثر افضاءً الى التيبس المفصلي منها الى الاسترخاء ، ومع ذلك فقد بين ويلمس ان طريقته تؤدي الى نتائج حسنة لم يكن يحلم بها من تقدمه وهو ان يطلب من المريض عطف ركبته عطفاً فاعلاً ، منذ الهنيهة التي يفيق فيها من خدره ، لاننا بذلك نمنع تيبس مفصله وضمور المربعة الرؤوس .

وان استئصال الشظايا او النشر الجزئي ، هما الصورة التي تصلح فيها السطوح المفصلية المتبدلة .

وعكس ذلك فالتثبيت يصبح امراً لازباً ، بعد النشر لكي يتشكل مفصل

ملتصق قاس ويجب ان يكون التثبيت طويلًا ما امكن ليمتن المفصل .

والخلاصة ان اتقاء التهاب المفصل خير من معالجته فكل جرح مفصلي حديث يستدعي في الساعات الاولى من حدوثه المعاينة الدقيقة وتطهير المفصل . والساعات الثماني او العشر الاولى هي افضل الساعات التي يرجى بها النجاح اذا ما اجري التوسط فيها وليس بعدها .

وبعد استئصال الاقسام الملوثة بدقة ، واجراء الطرق الجراحية المختلفة وتنظيم السطوح المفصلية المكسورة او المشقوقة ، تغلق المحفظة والجلد . واما اذا ضاعت الفرصة سدى ، اوكان الجرح كثير التلوث ، او الخراب العظمي عظيماً اوكان الضياع الجلدي كبيراً حتى اننا لم نتمكن من الخياطة ، فيكون النشر العملية المقررة، لأنه به وحده تجرى الخياطة واندمال الجرح بالمقصد الاول. ويكون المفصل الذي يحصل عليه حينئذ متيناً وربما كان متحركاً ايضاً في الطرف العلوي ، اما الركبة فتكون متينة وقائمة .

وربما كان البتر منذ البدء الواسطة الوحيدة التي يجب التذرع بها لتخليص الجريح من الموت . واذا كان الانتان آخذاً في السير فخزع المفصل واجب. ولكن من نشر المفصل وتثبيته الطويل ومن البتر استطبابات خاصة تابعة لدرجة اخطار الحالة .



صناعة الورق

« ٣ »

للدكتور في الصيدلة صلاح الدين مسعود الكواكبي

الفيسكوز يستعمل لصقل عجين الورق ولشغله كما سيأتي معنا ، ولغمس النسيج وطبع النقوش عليها ولصنع الاغشية وحاجات اخرى . ويصنع منه حرير اصطناعي ايضاً بامراره من لوح مثقّب ويخثر بغمسه في محلول كبريتاة النشادر . والخيوط الكامدة تجعل لامعة بمعالجتها بكبريت الصوديوم

اما محلول الصود في حرارة قدرها ٢٠٠ — ٣٠٠ درجة فانه يحلل السلولوز تماماً فينطلق الهدرجين ويتكون حمض الخل (٢٠ — ٣٠ ٪) وحمض الحماض (٣٠ — ٥٠ ٪) .

اما محاليل روح النشادر المائية والكثيفة فانها لا تؤثر في السلولوز تأثيراً يذكر ولو في حرارة عليا .

ج — فعل الحموض

تؤثر الحموض في السلولوز تاثيراً يختلف باختلاف انواعها وحالاتها . فاذا غمس القطن في حمض الكبريت (كثافته ٤٥ بومه)شوهد بعد اثنتي عشرة ساعة انه لم يطرأ عليه ادنى تحول في مظاهره لكنه اصبح هشاً سريع التفتت . فاذا جفف في الهواء الطلق انتج السلولوز المائي وهو بصيغة ($C_{12}H_{20}O_{10}.H_2O$) ويتأكسد بسرعة بملامسة الهواء ويتلون ويصبح ذواباً في الماء .

اذا عولج نسيج من القطن في حرارة ٦٠ — ٧٠ بمحلول حمض الـكبريت نسبته ١ ٪ اصبح هشاً سريع التفتت ايضاً .

كذلك حمض الـكلوريدريك وحمض الحماض والماء الاكسجيني وحمض الخل المتبلور كل هذه الاجسام تفعل في السلولوز فعل حمض الـكبريت .

اما المقدار الناتج من السلولوز المائي فضئيل (٧٠ — ٧٥ ٪) وذلك لتحلل جزء لا يستهان به من السلولوز بفعل الحمض المؤثر .

وقد تتكون مركبات حامضة بفعل احدى الخمائر اذا وجدت في بيئة تحتوي على السلولوز فتفعل هذه المركبات الحامضة في السلولوز فعل الحموض تماماً اي تحلله وهذا ما يجب الانتباه اليه في صناعة الورق وتطهيره جيداً من المواد الحامضة او التي يمكن ان تنتجها والا ساءت العقبى .

اذا غمس الورق غير المصقول في محلول بارد وكثيف من حمض الكبريت (ثقله النوعي ١,٥ — ١,٦) ثم غسل بالماء ترسبت مادة هي ماآة السلولوز الهلامي (hydrate de cellulose gélatineux) ومنه يصنع الورق الرقي النباتي الشفاف المتين (Parchemin vgétal) .

هذا النوع من السلولوز كان يسمى أميلوئيد amyloïde وهو بتركيب السلولوز المائي الاعتيادي تماماً .

اما حمض الازوت (كثافته ١,٤)وكلور التوتياء وحمض الفصفور محلولاً كثيفاً ، فتفعل فعل حمض الـكبريت ذاته . واليود يصبغ السلولوز المائي بالزرقة كالنشا .

واذا اطيلت مدة تأثير الحمض في السلولوز فانه تتكون آثرات السلولوز

(éthers) . فاذا عولج القطن العادي بحمض الكبريت الكثيف ذاب السلولوز فيه وتكوّن باديء بدء بالبرودة اثر كبريتي هو كبريتات السلولوز $C_6H_8O_3(SO_4H_2)_2$ الذي يمكن فصله بحالة ملح باريتي $C_6H_8O_3(SO_4)_2Ba$

هذا الملح الباريتي ذواب في الماء وهو يشبه النشا الذواب ويتلون بالزرقة اذا عولج باليود . ويستحسن اجراء العملية بالبرودة باضافة حمض الكبريت قليلاً قليلاً ثم يمدد المحلول بالماء ويغلى فيستحصل الدكسترين اولا ثم مزيج من انواع الغلوكوز القابل للاختمار (سكر الخِرَق لبراكونه Braconnet

واذا كان المؤثر حمض الخل نتجت انواع من خلاّة السلولوز . وبملامسة اليود يذوب السلولوز فيه تماما في حرارة ١٢٠ — ١٣٠ . وباذابة هذا السلولوز المولّد تستحصل مواد لها شأنها الخطير في دور الصناعة سيما في صنع الخيوط والمواد العازلة للكهرباء .

اما حمض الازوت فيؤثر في السلولوز ويكوّن انواعا من ازوتاة السلولوز بحسب درجة النترَجة niration . فما كان منها كثير النترجة استعمل في صنع بارود القطن والمفرقعات ؛ وما كان منها قليل النترجة وبالتالي اكثر ذوبانا في مذيبات السلولوز ، استعمل في صنع الباغة (سلولوئيد) والبغاموئيد pégamoïd والكولوديون والحرير الاصطناعي باذابته في مزيج الكحول والاثير ، او في صنع الديناميت باذابته في النتروغليسرين وفي صنع البارود اللادخاني الى غير ذلك من الحاجات .

اما التفاعل العام فيجري وفقا للمعادلة الآتية :

$$C_6H_{10}O_5 + 3NO_3H = 3H_2O + C_6H_7N_3O_{11}$$

وعلى رأي فياي Vieille اكثر العلماء درسا لمركبات النتروسلولوز ان ما يمكن الحصول عليه من النتروسلولوز هو ما يلي :

١ — سلولوز ذو احدى عشرة ذرة من حمض الازوت	$C_{24}H_{18}(NO_3H)_{11}O_9$
٢ — « ذو عشر ذرات » »	$C_{24}H_{20}(NO_3H)_{10}O_{10}$
٣ — « ذو تسع « » »	$C_{24}H_{22}(NO_3H)_9O_{11}$
٤ — « ذو ثماني « » »	$C_{24}H_{24}(NO_3H)_8O_{12}$
٥ — « ذو سبع « » »	$C_{24}H_{26}(NO_3H)_7O_{13}$
٦ — « ذو ست « » »	$C_{24}H_{28}(NO_3H)_6O_{14}$
٧ — « ذو خمس « » »	$C_{24}H_{30}(NO_3H)_5O_{15}$
٨ — « ذو اربع « » »	$C_{24}H_{32}(NO_3H)_4O_{16}$

فامـا السلولوز الاول (ذو احدى عشرة ذرة من حمض الازوت) فيحتوي على ١٣,٤٧ ٪ من الازوت ولا يذوب في مزيج الكحول والاثير

واما السلولوز الثاني (ذو عشر ذرات من حمض الآزوت) فيحتوي ١٢,٧٥ ٪ من الازوت ويذوب في خلات الاتيل ولا يذوب في مزيج الـكحول والاثير . هاتان الخاصتان من اوصاف بارود الحرب .

واما السلولوز الثالث (ذو تسع ذرات) الذي يحتوي من الازوت ١١'٩٦ ٪ والسلولوز الرابع (ذو ثماني ذرات) الذي يحتوي ١١'١١ ٪ من الازوت فيستحصل منهما الـكولوديون لانهما يذوبان في مزيج الكحول والاثير

والسلولوز الخامس (ذو سبع ذرات) الذي يحتوي ١٠'١٨ ٪ من الازوت فلا يكون مع مزيج الـكحول والاثير سوى كتلة هلامية .

والسلولوز السادس (ذو ست ذرات) الذي يحتوي ٩٫١٥؛ والسلولوز السابع (ذو خمس ذرات) الذي يحتوي ٨٫٠٢؛ والسلولوز الثامن (ذو اربع ذرات) الذي يحتوي ٦٫٧٦ هذه الانواع الثلاثة تكاد لا تنفعل من المؤثرات. ويقول أدير Eder إنه من الممكن نترجة السلولوز اكثر من هذا الحد والحصول على ما يحوي ١٤٫١٤ ٪ من الازوت.

والجدول الآتي يلخص لك ما تقدم عن النتروسلولوز :

	الصيغة	الوزن الذري	المقدار الناتج	مقدار الازوت بالمئة
سلولوز	$C_{24}H_{40}O_{20}$	٦٤٨	—	٠
نتروسلولوز	$C_{24}H_{39}O_{19}(N.NO_2)$	٦٩٣	١٠٦	٢,٠٢
»	$C_{24}H_{38}O_{18}(N.NO_2)_2$	٧٣٨	١١٣	٣,٧٩
»	$C_{24}H_{37}O_{17}(N.NO_2)_3$	٧٨٣	١٢٠	٥,٣٦
»	$C_{24}H_{36}O_{16}(N.NO_2)_4$	٨٢٨	١٢٧	٦,٧٥
»	$C_{24}H_{35}O_{15}(N.NO_2)_5$	٨٧٣	١٣٤	٨,٠١
»	$C_{24}H_{34}O_{14}(N.NO_2)_6$	٩١٨	١٤١	٩,١٥
»	$C_{24}H_{33}O_{13}(N.NO_2)_7$	٩٦٣	١٤٨	١٠,١٧
»	$C_{24}H_{32}O_{12}(N.NO_2)_8$	١٠٠٨	١٥٥	١١,١١
»	$C_{24}H_{31}O_{11}(N.NO_2)_9$	١٠٥٣	١٦٢	١١,٩٦
»	$C_{24}H_{30}O_{10}(N.NO_2)_{10}$	١٠٩٨	١٦٩	١٢,٧٤
»	$C_{24}H_{29}O_{9}(N.NO_2)_{11}$	١١١٤	١٧٦	١٣,٤٨
»	$C_{24}H_{28}O_{8}(N.NO_2)_{12}$	١١٨٨	١٨٣	١٤,٤٤

الجزء ٥ المجلد ٨

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في ايار سنة ١٩٣١ م الموافق لذي الحجة سنة ١٣٤٩ هـ

بثرة ما تحت الفك الخبيثة

للدكتورين

غوستاف جينستاي — رئيس شعبة امراض الفم

هـ . سوتريو — الموكولة اليه شعبة الامراض السارية

في مستشفى هنري فاريزيه بدمشق

ترجمها الدكتور عزة مريدن الطبيب الداخلي في مستشفيات دمشق

بينما كنا نفحص المستشفيين في شعبة الجراحة في ٩ كانون الثاني سنة ٩٣٠ دعي احدنا لرؤية الجندي علي بن سليمان من فرقة القناصة السادسة عشرة المرسل من السويداء بالطيارة وقد شخص مرضه « فلغمون قاع الفم » فتبين في المريض تورماً كبيراً يمتد من الناحية تحت الفك اليمنى حتى القص والخشاء « mastoïde » والعين وكانت حرارته ٣٨,٩ ونبضه ٧٧ وكانت تبدو عليه علامات تعفن عام شديدة ويقول انه بينما كان خفيراً في ليلة ٧ كانون الثاني استلقى على الارض طيلة ساعات راحته وحينما استيقظ باكراً في الصباح رأى عنقه منتبجاً .

عوين المريض معاينة دقيقة فتبين انه خالٍ من الضزز «trismus» وان قاع الفم سليم ولين وغشاء فمه المخاطي واضح ولسانه ولوزتيه واسنانه سليمة . عوينت ناحية ما تحت فكه فبدا فيها تورم شديد منتشر لا ألم فيه كان يهب عنق المريض منظر عنق الخنزير (لقد استعرنا هذا المصطلح من احد البياطرة) ولم يكن هذا التورم غير وذمة لأن الاصبع الجاسة لم تشعر بصلابة في العمق ولا بنقاط مؤلمة ابداً ولان حدود العظم كانت واضحة جداً ولم يكن سوى صلابة في منطقة صغيرة تحت الفك يبلغ حجمها قطعة الفرنكين المعدنية وكان فيها بعض الارتشاح وفي مركزها سحجة بحجم العدسة مصغرة يشبه منظرها منظر الجرح المتعفن، محاطة ببعض حويصلات صغيرة . وتحت هذه المنطقة المتصلبة نسج متوذمة ولكنها رخوة .

وكان المريض واهناً بعض الوهن .

فجميع ما تقدم من الاعراض مع منظر التورم ومقره دعانا الى نبذ فلغمون قاع الفم غير ان عراقيل (complications) الآفات السنية كالفلغمون العظمي والفلغمون الغدي تمثلت لنا هنيهة من الزمن على الرغم من سلامة الاسنان اننا نفينا الفلغمون العظمي لان الدهليز حر ولان التورم يتجاوز كثيراً منطقة ما حول الفك ونفينا ايضاً الفلغمون الغدي والتهاب العقد البلغمية (lymphatiques) الحاد تحت الفك لأنها تكون متحددة عادة ولان جسها يكشف في العمق كتلة صلبة مؤلمة للغاية حتى ان الألم قد يأبى عفواً، يسترها جلد متوتر ولامع ومختصر الكلام ان الآفات الالتهابية فيها تنشأ من العمق وتتجه الى الظهور واما هنا فقد رأينا العكس : وذمة

منتشرة غروية ، لوحة التهاب سطحية جلدية متجهة الى العمق وفي مركزها تسحج صغير لا يكاد يكون مؤلماً وقد كنا نخطىء في التشخيص ونحكم بتورمات العنق وتقرحاته المختلفة لو لم نكن شاهدنا في السنة الفائتة حادثة تشبه هذه أتم الشبه مستقرة في ناحية القص غير انها اوضح من هذه سهلت علينا معرفتها انها بثرة خبيثة .

وبينا الممرضة تحضر قناع كلورور الاتيل والمبضع دخل الجراثيمي الدكتور عبدالقادر الصباغ وحقق الامر الذي كنا نشك فيه كما ان ورقة المستشفى التي وصلت متأخرة حملت الينا الملاحظة التي كتبها زميلنا في ازرع وهي ان المريض مصاب بالمرض ٤١ ومعنى ذلك الجمرة الخبيثة فنقل المريض سريعاً الى شعبة الامراض السارية بعد ان شخص مرضه سريرياً وجرثومياً ثم بديء بتطبيق المعالجة النوعية فحقن له في الحال ٧٠ سم٣ من المصل المضاد للجمرة (٣٠ سم٣ في العضلات و٤٠ سم تحت الجلد) و١٠ سم٣ من الزيت المكوفر و٥٠٠ سم٣ من المصل الخلقي(physiologique) وكويت البثرة بالمكواة النارية ثم ضمدت بمحلول الايود الايودوري .

وفي ١٠ كانون الثاني سنة ٩٣٠ كانت الحرارة لا تزال عالية فزيد مقدار المصل حتى ١٠٠ سم٣ (٥٠ سم٣ في العضلات و٥٠ سم٣ تحت الجلد) . وأعيد الكي وكويت البثرة ثانية بالمكواة النارية وحقن وريد المريض حسب وصايا غراف بـ٠,١٥ سنتغم من النوفارسنوبانزول و٥سم٣ من الفضة الغروية وحقنت عضلاته بخمسة سم٣ منها ايضاً .

وفي ١١ كانون الثاني كان منظر المريض في زيارة الصباح ينم عن تحسن

واضح فالوذمة خفت والعين اليمنى بدأت بالانفتاح وظهرت حدود العنق والحرارة لا تكاد تتجاوز ٣٨ والنبض سريع غير ان نبضانه حسن والقلب غماغمه طبيعية غير انها ضعيفة .

حقن المريض بمائة سم٣ من المصل المضاد للجمرة و١٥ , ٠ سنتغم من النوفارسنوبانزول .

وفي ١٢ كانون الثاني نقصت الوذمة نقصاً بيناً وانفتحت العين بسهولة وعاد المريض الذي كان حتى ذلك التاريخ ساكناً يتكلم ويجيب عن جميع ما يسأل عنه وظن انه قد شفي فحقن بمائة سم٣ من المصل النوعي و١٥ , ٠ سنتغم من النوفارسنوبانزول وضمدت بثرته بمحلول دكان ومحلول الايود الايودوري فأخذ التقرح لوناً مسوداً .

ثم توبع الاستمصال (sérothérapie) بمقدار ٥٠ سم٣ و٣٠ سم٣ وثوبر على ٠,١٥ من النوفارسنوبانزول في الوريد كل يوم واعطي المريض داخلاً غراماً من الاوروتروبين مع ٠,٠١ سغ زرقة الماتيلين

وفي ١٥ كانون الثاني حق لنا ان نعدّ المريض ناجياً من الخطر وكان قد حقن حتى ذلك التاريخ بـ ٤٥٠ سم٣ من المصل المضاد للجمرة و٠,٧٥ سنتغم نوفارسنوبانزول وكانت الوذمة قد زالت او كادت . خفت عوارض الانتان الاولى وظهرت عوضاً عنها عوارض المصل فكانت شدتها في الايام الاولى تفوق اعراض المرض فظهرت صفائح الشرى وبلغت اشدها حذاء اللحافات والمفاصل وآلام رامحة تظهر فجأة لأقل حركة .

وفي ١٨ كانون الثاني كانت الصيغة الخلوية كما يلي :

كثيرات النوى ٧٠ ، وحيدات النواة ٣٠ ، المولعات بالايوزين (éosinophile) ومنذ ٢١ كانون الثاني ظهر ثلم عميق في محيط الخشكريشة (escarre) غير ان الاطراح سار ببطء زائد وتحسنت حالة المريض العامة وعدّ في ٢ شباط ان شفاءه قد تم .

تتيح لنا هذه المشاهدة ان نبدي بعض الملاحظات عن البثرة الخبيثة ، فالجمرة في الوقت الحاضر آفة نادرة وفي هذه المشاهدة لم نتمكن بعد التقصي من معرفة طريقة التلقيح واما تشخيصها في دور البدء فصعب وهي تهم جداً متخصصي امراض الفم لأنهم قد يصادفون مثل هؤلاء المرضى فاذا لم يشخصوا مرضهم ماتوا ضحية الجهل لأن حياة المريض تتعلق بسرعة المعالجة . وسواء أكانت الآفه بثرة خبيثة ام وذمة خبيثة من دون بثرة فان الأعراض الآتية كافية للتشخيص :

الوهن ، الوذمة المنتشرة الغروية من دون ألم موضعي وتقرح في مركز صفيحة صلبة مع بعض الحويصلات (حينما تكون بثرة) وبالجس ليس مايشبه التورمات العميقة الصلبة المؤلمة التي تتصف بها الفلغمونات العظمية او الغدية تحت الفك واذا كان التشخيص صعباً في بعض الاحيان فالمعالجة اصعب ايضاً واذا عدنا الى المؤلفات رأينا ان البعض يطنب بالاستمصال la sérothérapie بينما الآخرون ينقصون من قيمته حتى ان المؤلف نفسه يطنب بالاستمصال تارة فيقول ليس لنا من معالجة شافية غير الاستمصال ويذم به أخرى فيقول لا يرجى من الاستمصال اقل نتيجة . وقد سنحت لنا الفرصة بمعالجة بثرتين خبيثتين فعولج المريض الاول بالاستمصال فقط والآخر بالاستمصال

والنوفارسنوبانزول والفضة الغروية فمات الاول ونجا الثاني . واذا جاز لنا ان نبدي رأياً قلنا خلافاً لبعض المؤلفين ، ان الجمرة فة خطرة حتى على الانسان واما كراف المختبر الكبير مدة ٢٥ سنة في نومنستر المركز البروسي الشهير بتجارة الجلود فقد اعلن الاحصاء الآتي ان الوفيات كانت مائة في المئة في الجمرة الحشوية و٢٥ بالمئة في جمرة العنق و٥,٥ بالمئة في جمرة الوجه. ولا برهان نقدمه ادل على خطر هذه الآفة من موت مريضنا الاول خلال ٤٨ ساعة .

يستنتج مما تقدم ان معالجة الجمرة يجب ان يكون سريعاً وشديداً وان الحقن بمقادير كبيرة من المصل واجب وان حقن الوريد بالنوفارسنوبانزول والفضة الغروية أمر لا يجوز اهماله وقد كانت لنا منه النتائج الحسنة وان تقوية القلب واعطاء المريض الماءوكي قرحته وتضميدها تضميداً رطباً بمحلول الايود الايودوري من الامور المساعدة التي لا غنى عنها .

فائدة ملاح المغنزيوم في السرطان الاختباري (دلبه وباليوس) :

احدث الحكيمان دلبه وباليوس سرطاناً اختبارياً بتخديش اذان الارانب بالقطران وقد جرعا لبعضها ملاح المغنزيوم وتركا الآخرين وشأنها فلوحظ بعد ستة اشهر ان الارانب المعطاة من ملاح المغنزيوم قد نجت من السرطان بيد ان الآخرين قد اصيبوا به . ان هذا الاختبار لدليل واضح على عمل المغنزيوم في الوقاية من السرطان

الاورام الدماغية

للدكتور لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

يظهر الورم الدماغي في الغالب بعلامات متشابهة اياً كانت طبيعته سرطاناً او ورما دبقيا (gliome) او ورماً سحائيا او عفليا (sarcome) او اوراماً طفيلية (الكيس المائي) او ورما التهابيا (الورم السلي « uberculome » الخراج ' كيس التهاب السحايا المصلي) والاستطبابات الجراحية في هذه الانواع جميعها واحدة فلنتكلم اولاً عن الاعراض ثم نأتي على المعالجة .

اعراض ورم الدماغ على نوعين : علامات ازدياد الضغط في الجمجمة وعلامات المقر فاذا اجتمعت علامات هذين النوعين معاً كان مشهد المرض بيانياً واضحاً. غير ان هذه العلامات لا تجتمع معاً في معظم الحالات فيتشوش مشهد المرض ويلتبس بآفة اخرى ريثما تبدو الاعراض الاخرى ولا يقع هذا الامر الاّ متأخراً .

وعلامات ازدياد الضغط الجمجمي هي : ألم الرأس (céphalée) الموضّع او المعمم المتصف بعصيانه للمعالجة وشدته الفائقة ليلاً وهذا ما يقربه من الصداع الزهري . والاقياء التي تحدث بدون جهد متى بدّل المريض وضعته كما لو انتقل من الاضطجاع الى الوقوف . والقبض والدوارات المتواترة التي تأخذ المريض نوباً . والدوار المخيخي متواصل يرنح المصاب في مشيته .

والنوب المشنجة الموضعة او المعممة والتشوشات النفسية، والاخماد (torpeur) الدماغي وابطاء النبض والتنفس .

غير ان هذه الجملة العرضية لا تكمل دائما فان ازدياد الضغط ينتاب المريض في الغالب نوباً تشاهد في اثنائها جميع هذه العلامات . ومتى مرت النوبة يأتي زمن متفاوت الطول تهجع له الاعراض فلا يبقى غير عرض واحد مقمص (larvé) لا يشخص المرض به وحده .

فالحذر من الشقيقات (migraines) او من نوب الصرع المسماة بالجوهرية التي تبدو في الكهولة لانها كثيراً ما تكون عرضية (symptomatique) ومتى شك في الامر وجب التفتيش عن العلامات التي يتحقق بها ازدياد الضغط الجمجمي وهي : الركود الحليمي (stase papillaire) وازدياد توتر المائع الدماغي الشوكي .

فعلى الطبيب ان يسأل الكحال معاينة قعر العين متى شكا المريض ألماً رأسياً ثابتا بدون ان ينتظر نقص الحدة (acuité) البصرية التي يعقبها العمى المطبق بعد مدة قصيرة لانه خاتمة الركود الحليمي . فقد تكون التبدلات التي ترى في قعر العين كبيرة جداً والرؤية لا تزال جيدة وهذا التباين بين سلامة الرؤية والآفات المشاهدة في قعر العين يكاد يكون علامة الركود الحليمي الواسمة (pathognomonique) وربما نبهت الافكار اختطافات (obnubilations) موقتة وما هي الا كسوف بصري حقيقي يستمر بضع ثوان ويتكرر في اليوم الواحد غير ان هذه التشوشات غير ثابتة وتسبق نقص الحدة البصرية بزمن قليل .

وعلامات الركود الحليمي هي تبدلات تطرأ بالخاصة على الاوردة فتتعرج وتتسع فتبدو في الحليمة وذمة (œdèm) وبروز غير طبيعي وتعود جوانبها غير واضحة ثم تعقب علامات الاحتقان هذه علامات ضمور العصب البصري فيحدث العمى وهذه العلامات واضحة بالخاصة في الاورام السريعة النمو التي لا تفسح لمحتويات الجمجمة وقتاً كافياً تعتاد به مثل هذه التبدلات المرضية . واذا لم يتوسط في الوقت المناسب افضى الركود الحليمي الى العمى ويقاس ازدياد التوتر في المائع الدماغي الشوكي بعد البزل القطني بمحظربة (manomètre) .

وازدياد ضغط المائع الدماغي الشوكي هو ما يحدث الركود الحليمي فهاتان العلامتان تجتمعان عادة في وقت واحد . غير انه قد يكون ركود حليمي واضح دون ان يزداد توتر م . د . ش. فيكون الورم قد حصر المائع في البطينات ومنعه عن الاتصال بالمائع الشوكي. فيجب اذن ان يعاين دائماً قعر العين قبل البزل القطني لان استخراج كمية من م . د . ش . يحدث تفاعلاً افرازياً ينجم منه فرطدم حليمي. فمتى كان ركود حليمي واثبت البزل القطني ان م . د . ش مزداد توتره كان ازدياد الضغط في الجمجمة مؤكداً . لا ينكر ان هذا الضغط الجمجمي يزداد في آفات اخرى كالتهاب السحايا المصلي وخراج الدماغ والتهابات الكلية غير ان سير هذه الآفات والعلامات الاخرى المرافقة وتحري وظائف الكلية يرشدان الى التشخيص .

اما الآن وقد ثبت لنا ان في الجمجمة ورماً فهل الورم في الدماغ او خارجه واين مقره ؟ . لا بد في هذه الحالة من الاستعانة بمعارف الاختصاصي

بالامراض العصبية والتفتيش عن علامات المقر . وقد يكون تناذر (syndrome) الاستقرار هذا وحده بدون علامات ازدياد التوتر وان ما يميزه عن التناذر الوعائي ابتداؤه خلسة وسيره البطيء المتزايد .

ويستند كلوفيس فنسن في تشخيص الورم الجبهي عن هذا المثلث (triade) العرضي : اللقوة paralysie faciale المركزية ولا بد من التفتيش عنها . والتشوشات الدماغية فقد الذاكرة ، تبدل الطبع عدم المبالاة والحبسة (aphasie) التي تكون خفيفة في الغالب .

والاعراض الرولندية الصرع والشلل دليل على نمو الورم في الوراء .

ويرافق اورام الفص الجداري بطلان حس عضلي وانسدال جفن في الجهة المضادة احياناً . ومتى كان الورم جسيماً احدث الضغط تشوشات حركية خارج منطقة رولندو ويرافق اورام التلافيف الجدارية والجبهية الصاعدة في بدئها صرع جكسوني ثم يعقبه شلل متأخر . وتحدث اورام الفص القفوي حبسة القراءة (cécité,verbale)والعمى النصفي السمي (l'hémianopsie homonyme) واشد اورام الحفرة الدماغية الخلفية خطراً اورام البطين الرابع . يعطف المريض رأسه لكي يمنع انسداد البطين الذي يحدث فيه نوب صداع اشتدادية (poroxystiques) لا توصف شدتها . وتحدث حركات البسط عوارض تتفاوت اهميتها وخطرها منذ السدر (éblouissement) حتى الغشي (syncope) ومن اهم الاعراض التهزع . (ataxié)

وتتصف اورام القاعدة بعلامات انضغاط الاعصاب القحفية . ويتصف

سرطان الغدة النخامية (pituitaire) بتناذر الفتخ (acromégalie) أو بحوؤل شحمي تناسلي ترافقه تشوشات عينية . وقد تتصف الاورام فوق السرج بعلامات بركينسونيةاو بتناذر مخيخي. ومتى لم يكن تناذر دال على المقر يكون تشخيص مقر الورم مستصعباً حتى في مستشفيات الاختصاص التي لا يتوصل اربابها الى هذا التشخيص الا في نصف الحوادث ٠ فلا بدّ من الالتجاء الى الرسم الشعاعي ازاء هذه الصعوبات ٠ ان رسم القحف المقصود (directe) قد يبين اتساع السرج التركي بورم الغدة النخامية او عرن (hyperostose) ويندر ان يكون في الورم نفسه تكلسات فينطبع رسمه على اللوحة الحساسة غير ان فحص الرسم الشعاعي لا تجنى منه اقل فائدة في اغلب الاحيان .

ولهذا سعى البعض الى معرفة التبدلات في باطن القحف الناجمة من الورم بادخال بعض المواد الظليلة (opaques) او الشفافة في اجواف البطينات . وقد دخل بعضهم من القفا والبعض الآخر من الجداري وفضل غيرهم طريق الجبهة . وحقن سيكار وهاغنو بالليبيودول واشار دندي بالحقن بالهواء ويظهر ان طريقته هذه افضل فبعد ان يحج القفا (trépanation occipitale) ويبزل البطين الجانبي ويستخرج ١٥ — ٢٠ سم٣ منه من م . د . ش . يستعاض عنها بكمية من الهواء معادلة لها او اقل منها قليلاً ومتى حقن بالهواء يصور القحف باوضاع مختلفة . يدخل الهواء في الحالة السليمة الجانبين دخولاً متعادلاً فاذا كان رسما البطينين غير متناظرين كان ورم الدماغ في الجهة المتبدلة محتملاً ويتمكن الاختصاصي بالامراض العصبية

ان يستنتج من التبدلات التي تطرأ علي اشكال صور البطينـات وحجومها استنتاجات كافية عن وجود الورم ومقره .

ولا يخلو رسم البطينات من خطر فلا حاجـة الى صنعه اذن الا متى خابت الوسائط الاخرى في الوصول الى التشخيص. وهذا لا يعني الامتناع عن اجرائه لاننا اذا قسنا معدل العوارض التي تجم منه وهو ٦ ٪ كان اجراؤه جائزاً لما يجنى منه من الفوائد في تشخيص مقر ورم قد تتعلق نجاة المريض من الموت باستئصاله . مع انه اذا لم يصنع ولم يتوسط توسطاً جراحياً كان الموت محققاً في جميع الحوادث . هذا ما يقال في تصوير البطينات .

وقد اشار دندي ايضاً بحقن البطينات بالمواد الملونة فهو يبزل احـد البطينات الجانبية حذاء القرن القفوي ويملأه محلولاً ملوناً فاذا لم تخرج هذه المادة بالبزل القطني دلَّ ذلك على ان الورم يقطع الاتصال بين البطينات والخلاء تحت العنكبوتية .

وبعد ان يشخص الورم ويعين مقره يبقى علينا ان نعلم طبيعته . فنفكر في الصمغ (gomme) متى كان المريض مسلولا او مصاباً بداء الافرنج وفي استعمار السرطان للدماغ متى كان المريض مصاباً بسرطان آخر . وسير الورم ينبيء عن طبيعته فالورمان العظمي والليفي يسيران ببطء والورم العفلي (sarcome) والابثاليوما يسيران بسرعة . غير ان تشخيص طبيعة الورم يكاد يكون مستحيلًا قبل العملية وفضلًا عن ذلك فان لهذا التشخيص الدرجة الثانية من الاهميـة لان كل ورم دماغي يستدعي التوسط الجراحي ومتى أجريت العملية وعرفت طبيعة الورم سار الجرح وفقاً للحالة التي يراها .

ومهما يكن فاننا اذا استثنينا الحالة التي يكون بها الزهري سبب الآفة ويستطاع تخفيف الاعراض بالمعالجة النوعية قلنا ان الانذار في ورم الدماغ سواء اكان سيره بطيئاً ام سريعاً وخيم جداً . لانه اذا ترك وشأنه افضى الى العمى والدنف (cachexie) فالموت بانضغاط البصلة . فكل تناذر دال على ازدياد التوتر في الجمجمة ومسبب عن ورم يستدعي التوسط . لان كل مريض لا يبضع يموت .

أَجل لا ننكر ان نتائج العمليات ليست حسنة دائماً لان كثيراً من هذه الاورام يكون مندفناً في الدماغ ولا يستطاع استئصاله الا بعد اجراء عملية جراحية صارمة . ولكن العملية تشفي بعض المرضى على الرغم من كل هذا ولولاها كان موتهم متحتماً . فالعملية واجبة اذن .

وليعلم ان انذار التوسط الجراحي وخيم جداً في حالات ازدياد التوتر الجمجمي لان المسأَلة ليست حج الجمجمة الاضطراري في سياق نوبة حادة من ازدياد التوتر اذ ان هذه تعالج معالجة دوائية بحقن الوريد ببطء شديد بعشرين الى خمسين سم٣ من محلول زائد التوتر (hypertonique)ملحي او سكري قوامه ٢٠٠ — ٣٠٠ بالالف فيمر مائع د . ش . الى الدوران العام طبقاً لشرائع التحال (osmose)وقد تكون النتائج حسنة. ويستحسن اجراء هذا الحقن قبل الحج متى كان لا مندوحة عنه .

وقد اوضح ده مرتل شروط جراحة الدماغ وعينها جيداً يجلس المريض على كرسي العمليات الخاص واذا لم يكن هذا الكرسي فالكرسي العادي يعيض عنه ويحنى رأسه الى الامام ويسند الى وسادة موضوعة على

طرف مائدة العمليات اذا كانت العملية على القفا او يسند قفاه الى المنضدة اذا وقعت العملية على الجبهة .

ويستحسن ان يكون التخدير موضعياً . لان من حسناته وصفات الجلوس زوال السعال والاقياء وتخفيف النزف واحتقان الدماغ . فضلًا عن ان المريض يساعد الجراح باجراء الحركات التي يسأل اجراءها ويجيب عن الاسئلة التي تلقى عليه وكل هذا لا يستطاع اليه سبيلًا بالتخدير العام .

ويفضل بعض الجراحين مع ذلك التخدير الكولوني بالاثير . يعطى المريض مسهلًا في اليوم السابق للعملية . يحقن كولون المريض قبل العملية بساعة وقبلها بنصف ساعة بمزيج من الزيت والاثير بمعدل ٣٠ سم٣ لكل عشرة كيلوات من ثقل الشخص على ألاّ يتجاوز المقدار جميعه ٢٢٠ سم٣ وبعد الانتهاء من العملية يفرغ السائل الباقي ويغسل الكولون .

والوصول الى اورام الدماغ يستدعي نزع قطعة من العظم بثقب عدد من الثقوب بالسنبلة (fraise) في محيط القطعة ونشر الاقسام الفاصلة بينها بمنشار جيغلي ويفضل استعمال الآلات المحركة بالكهرباء لانها اسرع ولان الاقتصاد بالوقت واجب .

واورام السحايا الجبهية والجدارية والاكياس اسهل استئصالاً وتشخيصها وتعيين مقرها اسهل واستئصالها يبكر فيه

وعلى العكس الاورام الدبقية (gliomes) النابتة بفضل الدبق العصبي (névroglie) فانها اصعب الاورام استئصالاً .

واستئصال الاورام السلية سهل غير ان النتائج البعيدة سيئة لان التهاب

السحايا يعقب العملية او النكس يبدو مكان الورم . ويشق في الوصول الى الحفرة المخيخية شق كالقوس وتقطع القشرة القفوية بالمفرص (gouge) ووقوع البصلة والحدبة في الجوار يعلل لنا خطر استئصال هذه الاورام الواقعة في هذا الرجا .

والطريق المتبع في استئصال الاورام من الناحية النخامية هو الطريق الوطي اي خلال الانف والعظم الوتدي او الطريق العالي الجبهي الجداري

ولا بدّ من قياس توتر المريض الشرياني في سياق العملية كل دقيقتين حتى اذا هبط الضغط هبوطاً مزعجاً توقف العملية بضع دقائق ويؤجل انهاء العملية الى جلسة ثانية .

واخطار العملية ليست ثابتة لطول مدتها بل لغزارة النزف وشدة الرضوض التي تحدثها فيجب اذاً اجراء العملية بتؤدة

ولا يجوز فتح الام الجافية الا بعد ان يخفف التوتر الدماغي ما امكن بيذل البطينات والقطن وحقن الوريد بمحلول زائد التوتر واجراء حقن شرجية بكبريتات المغنزيوم لانهما من خطر اشد من دفع الدماغ بالمبعدات وهو محتقن وبطيناته ممتلئة . ان هذا العمل يحدث مواتاً (nécrose) متسعاً يكون سبب الموت السريع .

ويجب ان يحرر الورم ببطء زائد وكثير من اللطف وان يرقأ الدم باعتناء شديد في سياق التحرير ولا بد من السير بخطى قصيرة وتجفيف سطح دامٍ مثل احداث سطح اخر جديد ان هذا الرقء (hémostase) خطوة فخطوة يعيد جراحة اورام الدماغ بطيئة للغاية

ويتمكن الجراح من ان يرى النقاط النازفة جيداً اذا ما غسلت ساحة العمل غسلًا متمادياً بمجرى دقيق من المصل الحار واذا لم يكن ربط الاوعية ممكناً تستعمل في التخثير قطع من العضلات النضيرة تقتطع من جوار الجرح العملي من المريض نفسه او من ارنب مخدر كما يصنع ديمرتل وتوضع على النقاط النازفة ويجب ان تكون العملية تامة اي ان يستأصل الورم جميعه في زمن واحد ولا يجوز ان يمتنع عن استئصاله الا متى كان هذا الاستئصال متعذراً وهذه العمليات منهكة جدا وقد تطول ست ساعات او سبع فهي تستدعي جلد الجراح ومعاونيه او الاستعانة بسواهم متى اعياهم التعب والحذر كل الحذر من التورط في جراحة الدماغ منذ المرة الاولى لان الاختبار في الجراحة العصبية لا يكتسب الا لقاء تضحيات عظيمة

وقد توصل ديمرتل بفضل هذه القواعد التي يتبعها الى انقاص الوفيات الجراحية من ستين الى عشرين في المئة خلال عشر سنوات ومعدل كشنغ لا يتجاوز العشرة في المئة. لم يكن اجراء هذه العمليات مستطاعاً بحج الجمجمتين حجاً مخففاً للضغط تحت الصدغ او في القفا دون ان تفتح الاه الجافية ويجوز اجراء هذا الحج في الطرفين فيزول به ألم الرأس ويتقى العمى وقد التجأ بعضهم الى الاستشعاع (radiothénapie) بعد ان رأوا حظ الجراح وهو المعالجة الفضلى في الاورام الغدية النخامية (adénonmies,hypophysasire) غير ان الاخطار التي تنشأ منه متى كان تناذر ازدياد التوتر الجمجمي موجوداً تدعو الى تركه ربثما يكون التوسط الجراحي قد مكن الجراح من تعيين طبيعة الورم او من تخفيف الضغط اذا لم يستطع الجراح تعيين مقر الورم

فقد سارت جراحة الاورام الدماغية في سياق السنوات العشرين الاخيرة شوطاً بعيداً لان اكتمال المعدات في الشعب المخصصة لهذه الجراحة وتوفر الاستقصاء بالجمجمة بالرسم الشعاعي وتصوير البطينات بالحقن الملونة كل هذا افضى الى التبكير في تشخيص الاورام والى حسن النتائج الجراحية وقد نقص بفضل هذا الكمال في المعدات والدقة في اجراء العمليات الرض الذي كانت تصاب به نسج الدماغ فاصبح الجراحون المهرة قادرين على اجراء عملياتهم على الدماغ بدون الحاق الاذى به مع ان هذه العمليات كانت في الماضي شديدة الايذاء.

تصحيح خطأ

لقد جاء في المقال المنشور في الجزء الاول من المجلد الثامن عن المؤتمر الجراحي الفرنسي التاسع والثلاثين بعض مصطلحات ذكرت على غير حقيقتها فاقتضى التنبيه عليها خدمة للحقيقة :

جاء في الصفحة ١٠ والسطر ١٣ درس المدخر القلوي والفوسفور وصحيحه : درس المدخر القلوي بقوة مولد الماء (قـ . مـ) اي p H

وجاء في الصفحة ١٣ والسطر ٤ — ٥ ثابتة الفوسفور = ٧,٣٠ — ٧,٤٠ وصحيحها قوة مولد الماء = ٧,٣٠ — ٧,٤٠

وجاء في الصفحة نفسها السطر ٦ معاينة الفوسفور وصحيحها معاينة قوة مولد الماء (قـ . مـ) اي p H

وجاء في الصفحة نفسها السطر ١٧ وتقويم الفوسفور p H وصحيحه تقدير قوة مولد الماء (قـ . مـ) اي (p H)

فالرجاء من القراء المدققين الرجوع اليها وتصحيحها ولهم الفضل .

م . خ .

نتائج تفاعل السائل الدماغي الشوكي الايجابي

او السلبي في سياق الزهري بعد جهود ثلاثين سنة

« ٤ »

للاستاذ بول رافو عضو المحفل الطبي الفرنسي وطبيب مستشفى
القديس لويس في باريس

ترجمها الدكتور عزة مريدن الطبيب الداخلي في مستشفيات دمشق

ب — المرضى المراقبون والمبزولون في سياق زهريهم

لقد كشفت تفاعلات السائل الدماغي الشوكي في المرضى الذين ذكرناهم منذ بدء زهريهم واما هؤلاء فلم تعرف تفاعلات سوائلهم الا في سياق زهريهم فتارة كان يجرى لهم البزل القطني لاتمام فحص سريري سلبي وطوراً لايضاح بعض المعلومات المستحصلة من اعراض سريرية مبهمة وآونة للتحقق من حال السائل الدماغي الشوكي في مريض تعتريه علامات خفية للزهري العصبي وسنقسم هؤلاء المرضى كما في الزمرة السالفة ثلاث فئات :

الفئة الاولى : تشتمل على المرضى الذين ابدوا في سياق زهريهم تفاعلات ايجابية دون علامات سريرية وبقيت خفيـة طيلة المرض ثم زال أثرها باوقات مختلفة .

الفئة الثانية : وهي تشتمل على المرضى الذين ابدوا تفاعلات ايجابية في سياق زهريهم ترافقها او تتلوها علامات سريرية عصبية خفية وما لبثت ان

اختفت بأوقات مختلفة .

الفئة الثالثة : وفيها المرضى الذين ابدوا في سياق زهريهم تفاعلات ايجابية في السائل الدماغي الشوكي ترافقها او لا ترافقها علامات سريرية عصبية ثم دامت تلك التفاعلات مدة مختلفة بحالة التهاب السحايا المزمن ، او حتى ظهور زهري عصبي خطر (سهام ، شلل عام والخ) .

الفئة الاولى : تدل المشاهدتان التاليتان اللتان نقلتهما عن مؤلف الدكتور (فرن) ان التفاعلات الايجابية ، حتى الشديدة منها والتي لا يرافقها اقل عرض سريري قد تزول بعد معالجة شديدة ففي المشاهدة الاولى زالت التفاعلات بعد خمس سنوات وفي الثانية بعد ١١ سنة .

المشاهدة الحادية والثلاثون : . . .

سنة ٨٩٥ — زهري

سنة ٩١٢ — بالبزل القطني — تفاعل ايجابي ' فقد العلامات السريرية انعكاسات طبيعية

	الخلايا	الآح	التحوصب	واسرمان الدم
ايلول سنة ٩١٢ —	٣٧	كمية كبيرة	++	»
حزيران سنة ٩١٤—	١,٦	٠,٦٥	++	
ايار سنة ٩١٦ —	٨,٨	٠,٥٠	++	»
كانون الثاني سنة ٩١٧—	٠,٨	٠,٢٠	—	»

المشاهدة الثانية والثلاثون س . . . وعمره ٣٧ سنة .

سنة ٩١٣ — زهري، وردية، فقد العلامات السريرية للزهري العصبي ، بورده واسرمان الدموي — دائماً ايجابي

	الخلايا	الآح	التحوصب
آب سنة ٩١٧ ـ	٧٩	٠,٥٠	١٥٠
تموز سنة ٩١٨ —	٢٣	٠,٥٠	١٥٠
شباط سنة ٩١٩ —	٧١	٠,٤٠	١٥٠
آب سنة ٩١٩ —	٥٩	٠,٤٠	١٥٠
آب سنة ٩٢٠ —	٨	٠,٣٧	١٥٠
آب سنة ٩٢١ —	٦٠	٠,٥٥	١٥٠
تشرين الاول سنة ٩٢٢ —	١١٤	٠,٥٣	١٢٠
تشرين الثاني سنة ٩٢٣ —	٢٣	٠,٢٨	٩٠
تشرين الاول سنة ٩٢٤ —	٤٤	٠,٣٢	١٢٠
ايلول سنة ٩٢٦ —	٣٣	٠,٣٦	٩٠
كانون الثاني سنة ٩٢٨ —	٣	٠,٢٣	
كانون الاول سنة ٩٢٨ —	٣	٠,٢١	

وسنرى في المشاهدة التالية ظهور تفاعل ايجابي شديد جداً بعد ١٤ عاماً من بدء الزهري ترافقه رعشة خفيفة في اللسان وقد دعت هذه الحال الى الظن ببدء الشلل العام غير ان الاستاذ (دوبره) نفى هذا التشخيص نفياً باتاً وفي السنة التالية خفت شدة التفاعل كثيراً وبعد ٢٤ سنة شوهد المريض بصحة تامة .

المشاهدة الثالثة والثلاثون س .... وعمره ٣٠ سنة

سنة ٨٩١ — قرحة ، وردية ، لويحات مخاطية

ايار سنة ٩٠٥ — ألم عصبي في العنق ، صداع شديد ، انعكاسات طبيعية ، تساوي الحدقتين ، رعشة خفيفة في اللسان .

بالبزل القطني — تفاعل خلوي شديد جداً وآح متزايد

تشرين الثاني سنة ٩٠٥ — فحصه الاستاذ (دوبره) فلم يجد اقل عرض يدل على الشلل العام، بالبزل القطني — التفاعل الخلوي نفسه .

تموز سنة ٩٠٦ — الحالة نفسها ، بالبزل القطني تفاعل خلوي اقل شدة ، الآح ٣٥, . سغ

سنة ٩٢٧ — تحسنت حال المريض .

سنة ٩٢٩ — تحسنت حال المريض ايضاً .

وسنرى فيما يلي مشاهدة هامة لمريض اصيب بالزهري وبقي مرضه مجهولاً حتى اصيب بافرنجيات سلية قشرية (syphilide Tulerculo-crouteuse) في الظهر

وبعد عامين اصيب باعراض اعياء دماغي (Depression cérébrale) لا يرافقه اقل عرض سريري بل تفاعل شديد جداً في السائل الدماغي الشوكي وبورده واسرمان الايجابي في الدم والسائل مما يدعو الى الشك في الشلل العام غير انه ما لبث كل شيء ان عاد الى حالته بعد المعالجة وبعد سبع سنين كان المريض حسن الصحة سائله طبيعي عدا تزايد في الآح ندبي على ما يرجح وبدون اقل عرض سريري

المشاهدة الرابعة والثلاثون س . . . وعمره ٣٩ سنة

سنة ٩٢٠ — دون ان تعرف سوابق المريض شوهدت فيه افرنجيات سلية قشرية على الظهر ، الدم: واسرمان ايجابي .

سنة ٩٢٢ — يشكو المريض لغباً وكسلاً في عمله وضعفاً في الذاكرة وقد فحصه الاستاذ (غيلان) فلم يشاهد عرضاً سريرياً ما سوى تزايد خفيف في الانعكاسات

بالبزل القطني — تفاعل خلوي صريح والآح ١,٥٠ غرام بورده واسرمان ، ايجابي شديد ، واسرمان ايجابي

سنة ٩٢٣ — بالبزل القطني ، تفاعل خلوي طبيعي ، الآح ١ غرام ، بورده واسرمان — سلبي ، الجاوي : سلبي

سنة ٩٢٥ - امحاء التفاعل الخلوي ، الآح ٠،٥٠ سغ ، بورده واسرمان سلبي الجاوي : سلبي . حالة المريض حسنة جداً .

سنة ٩٢٩ - بالبزل القطني زوال التفاعل الخلوي ، الآح ٠،٦٥ ، بورده واسرمان سلبي ، الجاوي سلبي ، الدم : بورده واسرمان هويست — سلبي حالة المريض حسنة وقد ازداد وزنه ١٥ كيلو ، انعكاسات طبيعية وعينان طبيعيتان

يتضح من المشاهدات السالفة ان شفاء المريض ممكن بعد معالجة صارمة مع ان في سائله الدماغي الشوكي تفاعلاً شديداً وبورده واسرمان ايجابي دون اي عرض سريري ابان سير زهريه .

المجموعة الثانية : تثبت المشاهدتان التاليتان المتشابهتان أتم الشبه ان التهاب السحايا ، الذي تدل عليه الاعراض السريرية ، بدأ مع الزهري وبعد بضع سنوات ظهرت في المريض اضطرابات روحية ترافقها تفاعلات شديدة في السائل الدماغي الشوكي — وما لبثت هذه الحال حتى عاد كل شيء الى نصابه رويداً رويداً . فقد أصيب المريض في نهاية السنة الاولى في زهريه بخذل شقي أيسر (Hémiparésie) ما لبث ان شفي منه وكان شاهداً على اصابته السحائية الوعائية .

وبعد سبع سنوات أصاب المريض فتور دماغي يرافقه تفاعل ايجابي شديد وبعد سنة من ذلك خف التفاعل وما لبث المريض بعد ثماني سنوات من بدء هذه الاعراض ان تمتع بصحة جيدة جداً .

المشاهدة الخامسة والثلاثون س . . .

سنة ٩٠٣ — قرحة ، وردية ، لوحات مخاطية

سنة ٩٠٤ — خذل شقي ، ايسر متجه الى الشفاء .

سنة ٩١١ — انعكاسات طبيعية، نصب فكري ، فتور

بالبزل القطني — تفاعل خلوي شديد وخلايا المصورة، آح متزايد جداً بورده واسرمان ايجابي ، الدم: بورده واسرمان ايجابي قليلًا

سنة ٩١٢ — بالبزل القطني — تفاعل خلوي اخف، فقد خلايا المصورة آح اقل بورده واسرمان ايجابي

سنة ٩٢٢ — المريض بصحة جيدة وكل شيء طبيعي

سنة ٩٢٢ — » » » » » »

وفي الثانية اصيب المريض بالصلع منذ بدء الزهري وهو عرض يرافقه في الغالب تفاعل في السائل الدماغي الشوكي وبعد ١٥ سنة من ذلك كان تفاعل السائل الدماغي الشوكي شديداً جداً ترافقه اختلالات دماغية مجردة عن اي دلالة عضوية وفي السنة التي تلتها اصاب المريض شفع ولكن جميع هذه الاعراض خمدت بعد سنتين .

المشاهدة السادسة والثلاثون — س . . ولد سنة ١٨٧٢

سنة ٩٠٣ — قرحة ، وردية، صلع

سنة ٩١٨ — طنين في الاذنين ، ضياع الذاكرة ، فتور دماغي انعكاسات حادة حدقتان طبيعيتان .

	الخلايا	الآح	بورده واسرمان	بورده واسرمان الدموي
كانون الثاني سنة ٩١٨	كثيرة جداً	١٨٠	+ +	»
آذار سنة ٩١٩ —	شفع موقت		»	—
نيسان سنة ٩٢٠ —	قليلة	٠,٣٠	—	»
تموز سنة ٩٢٠ —	»	٠,٣٠	—	—

الانعكاسات طبيعية والمريض بصحة جيدة .

ونرى في المشاهدة التالية مريضاً اظهر بعد بدء زهريه بـ٢٤ سنة اختلالات دماغية كثيراً ما دعت الى التفكير بالشلل العام اضف الى ذلك التفاعلات الشديدة في السائل الدماغي الشوكي وفي الدم ولكن المعالجة الصارمة التي طبقت حين ذاك اوصلت المريض بعد ثماني سنوات الى امتلاك صحته التامة ولم ينقص هذه المشاهدة الا الفحص الحيوي الاخير الذي رفضه المريض .

المشاهدة السابعة والثلاثون س . . .

سنة ٨٩٧ — قرحة كثيرة الاحتمال ، لا علاج ابداً

سنة ٩٢١ — ألم عصبي قفوي عنيد وشديد ، تغير في الطباع ، فروغ الصبر تأفف من العمل والخ لا عرض سريري ظاهر .

بالبزل القطني — تفاعل خلوي شديد جداً الآح٦٥، ٠ بورده واسرمان ايجابي بشدة في الدم — ايجابي بشدة ايضاً

من سنة ٩٢١ — ٩٢٩ — عولج المريض بغاية الصرامة

سنة ٩٢٩ — زوال الاعراض المخية ، حالة المريض حسنة ، لا عرض سريري ظاهر

وقد رفض المريض كل فحص حيوي جديد .

سنرى فيما يلي سلسلة مشاهدات اقتطفت نتائجها من مرضى عديدين اصيبوا ابان سير زهريهم بعوارض عينية ولا سيما باختلالات حدقية ترافقها تفاعلات شديدة جداً في السائل الدماغي الشوكي ولكنها ما لبثت جميعها ان شفيت وكانت الاضطرابات الروحية التي اضيفت الى ما ذكر في الكثير من هؤلاء المرضى داعية الى التفكر بسير المرض نحو الشلل العام وهاتان

مشاهدتان لا ينقصهما سوى البزل الاخير الذي يمكننا من الوقوف على حالة المريض ولكن مراقبة المريضين مدة طويلة (٨ سنوات و١٤ سنة) تكفي للجزم بسلبية التفاعلات كما تثبت ذلك المشاهدات الاخرى .

المشاهدة الثامنة والثلاثون س . . .

سنة ٩٠٤ — قرحة افرنجية ، لا وردية

سنة ٩١١ — صداع شديد ، اختلاف الحدقتين

سنة ٩١٤ — انعكاسات طبيعيـة حتى في العينين ، اختلاف الحدقتين بالبزل القطني — تفاعل خلوي شديد جـداً مع خلايا المصورة آح متزايد بورده واسرمان — سلبي

سنة ٩٢٢ — انعكاسات طبيعية ، حالة حسنة

المشاهدة التاسعة والثلاثون س . . .

سنة ٩٠٩ — قرحة ، وردية حطاطية

سنة ٩١٣ — انعكاسات طبيعية ، اختلاف الحدقتين ، فقدان الحدقتين لغب فكري ، بالبزل القطني ، خلايا غزيرة ، وآح متزايـد جداً ، بورده واسرمان — ايجابي . الدم — بورده واسرمان ، ايجابي

سنة ٩١٩ — انعكاسات طبيعية ، زوال الاختلاف الحدقي

سنة ٩٢٧ — صحة جيدة وكل شيء طبيعي .

واما المشاهدة الآتية فشبيهة بالمشاهدتين السابقتين غير انها اشد مراقبة فقد ابانت البزول المتوالية ان السائل الدماغي الشوكي عاد طبيعياً بعد المعالجة بسنتين ولم يبق في النهاية سوى تباين ندبي في الحدقتين وهو ما يشاهد كثيراً .

المشاهدة الاربعون س . . . ولد سنة ١٨٨٥

سنة ٩٠٩ — قرحة ، وردية ، لويحات مخاطية

نيسان سنة ٩١٧ — حدقتان مختلفتان ، لا آفة في قعر العين وكل الانعكاسات طبيعية .

	الخلايا	الآح	بورده واسرمان	بورده واسرمان الدموي
نيسان سنة ٩١٧ - -	١٨	٠,٨٠	+ +	+ +
تموز سنة ٩١٧ - -	٢	٠,٥٠	..	+ +
ايار سنة ٩١٨ —	٢	٠,٥٠	—	—
نيسان سنة ٩١٩ —	١	٠,٣٠	—	—

حالة المريض حسنة ، الحدقتان لا تزالان مختلفتين غير انهما تتفاعلان .

واليكم الآن مشاهدة هامة لمريضة تتبعتها عشرين عاماً فقد شاهدت فيه بعد بدء زهريه بخمس سنوات ومعالجته في هذا الاثناء ببعض حبوب بروتويودور الزئبق ، فلجأ عينياً يرافقه تفاعل شديد جداً في السائل الدماغي الشوكي مما يدل على التهاب سحائي مزمن شديد الوطأة فحقنت قناتها الفقرية بمحلول كيانوس الزئبق مع حقن اخرى في الوريد والعضلات فبقي في السائل الدماغي الشوكي بعد اربع سنوات ما يدل على تفاعل سحائي ثم اختفت هذه المريضة عن الانظار ايام الحرب وفي سنة ١٩٢١ — وسنة ١٩٢٣ فحصت سائلها فكان طبيعياً وفي سنة ١٩٢٩ كانت تتمتع بصحة جيدة ولم يبقَ فيها سوى تباين متقطع في الحدقتين فما عساه ان يكون مصير هذه المريضة لو لم يكشف البزل القطني في سنة ١٩٠٩ ذلك الالتهاب السحائي

المشاهدة الحادية والاربعون — س . . . وعمرها ٣٤ سنة

ايلول سنة ٩٠٤ — قرحة افرنجية ، لا معالجة سوى بعض حبوب بروتويودور الزئبق .

تموز سنة ٩٠٩ — صداع شديد ، طنين في الاذنين ، شلل عيني أيمن انسي شاهده الدكتور (شيلوز) بالبزل القطني — تفاعل خلوي على غاية من من الشدة ، آح متزايد ، الحقنة الاولى من كيانوس الزئبق في القناة الفقارية

١٥ تشرين الثاني سنة ٩٠٩ — تحسن الرؤية ، زوال الاعراض الاخرى ، اختلاف الحدقتين ، كسل الحدقة ، بالبزل القطني تفاعل خلوي وسط — وآح متزايد قليلاً ، بورده واسرمان ، سلبي ، الزرقة الثانية من سيانور الزئبق .

١٤ تشرين الثاني سنة ٩١٠ — دوام الاختلاف الحدقي وكسل التفاعل الضيائي بالبزل القطني تفاعل خلوي وسط ، آح طبيعي .

١٩ تشرين الاول سنة ٩١١ — الحالة العينية نفسها ، بالبزل القطني تفاعل السائل نفسه

٧ ايار سنة ٩١٣ — الحالة العينية نفسها ، بالبزل القطني ، تفاعل خلوي وسط الآح متزايد قليلاً .

٢٨ نيسان سنة ٩٢٢ — عينان طبيعيتان (الدكتور شيلوز) بالبزل القطني سائل طبيعي .

٢٢ حزيران سنة ٩٢٣ — عينان طبيعيتان ، حدقتان متباينتان احياناً ولكنهما تتفاعلان جيداً تجاه النور ، بالبزل القطني سائل طبيعي .

سنة ٩٢٩ — عادت المريضة الينا وكانت حسنة الصحة حدقتاها مختلفتان اختلافاً متقطعاً .

وهذه مشاهدة لا تقل اهمية عن السابقة وتشبهها أتم الشبه غير ان عدد سني المشاهدة اقل مما ذكر .

المشاهدة الثانية والاربعون : زهري مجهول

سنة ٩١٦ — شقيقة ، ألم العصب الوركي .

سنة ٩٢٢ — طلا (Leucoplasie) فقد علامات الزهري العصبي ، بالبزل القطني تفاعل خلوي صريح مع خلايا المصورة ، الآح ١ غراماً بورده واسرمان ، ايجابي خفيف الجاوي ، سلبي ، بوره واسرمان الدم ، ايجابي

سنة ٩٢٤ — اختلاف خفيف في الحدقتين .

سنة ٩٢٩ — حالة روحية حسنة مع غرابة في الاطوار ، انعكاسات طبيعية ، دوام الاختلاف الحدقي دون خلل في الانعكاسات ، بالبزل القطني ، لا تفاعل خلوي ، الآح ٠,٣٠ سغ بورده واسرمان سلبي الجاوي ، سلبي ، الدم ، بورده واسرمان سلبي .

واليكم الآن مشاهدات مرضى ثلاثة تتبعتهم زمناً طويلاً بدت فيهم علامات عينية حدقية ولا سيما إضطرابات نفسية وانحطاط فكري وجسدي وضياع الذاكرة اعني كل ما يوجه الانظار الى بدء الشلل العام ولكن هؤلاء الثلاثة ما لبثوا ان تمتعوا بصحة جيدة بعد ان عولجوا بالنوفار والزئبق والبزموت وهم جميعهم من الادباء

المشاهدة الثالثة والاربعون : س ... ولد سنة ١٨٨٠

سنة ٩٠٨ قرحة افرنجية .

تشرين الاول سنة ٩١٤ — شلل عيني تام في الزوج الثالث الايسر ، شفاء بالمعالجة الزرنيخية

تشرين الثاني سنة ٩١٨ — عودة الشلل .

ايار سنة ٩١٩ — شلل تام في الزوج الثالث الايسر ، هبوط الجفن العلوي ، لا شيء في قعر العين ، علامة آرجيل في الايمن ، انعكاسات طبيعية

	الخلايا	الاحين	واسرمان	الجاوي	واسرمان الدموي
٨ ايار سنة ٩١٩ —	غزيرة جداً	١,٢٠	ايجابي خفيف	»	+ +
٦ كانون الاول سنة ٩١٩ —	لاشيء	٠,٣٥	- -	»	»
٣ ايار سنة ٩٢٠ -	قليلة جداً	٠,٣٥	-	»	»
١٣ تشرين الاول سنة ٩٢٣ —	لاشيء	٠,٣٠	—	—	—

وفي سنة ٩٢٩ بعد ان عولج المريض ١٠ سنوات بلا انقطاع عادت اليه صحته وكذا ملكاته العقلية ولم يحتفظ بسوى هبوط جفني يرافقه حول ايسر وعلامة آرجيل في الايمن.

المشاهدة الرابعة والاربعون : س . . . ولد سنة ١٨٧٢

سنة ٩٠٠ — قرحة على الشفة ، وردية ، صلع .

سنة ٩١٢ — صداع شديد ، انحطاط جسدي ونفسي ، انعكاسات طبيعية ، تباين حدقي خفيف ، بالبزل القطني ، تفاعل خلوي صريح ، آحين متزايد ، بورده واسرمان ايجابي في السائل والدم

سنة ٩١٩ — انعكاسات طبيعية ، بالبزل القطني — تفاعل خلوي خفيف وآحين متزايد قليلاً ، بورده واسرمان ، سلبي

سنة ٩٢٩ — انعكاسات طبيعية ، دوام التباين الحدقي الخفيف .

المشاهدة الخامسة والاربعون : س . . . ولد سنة ١٨٧٤

سنة ٨٩٦ — قرحة ، وردية ، لوحات مخاطية .

سنة ٩٢٠ — انحطاط ، لغب فكري ، ارق ، نقص الذاكرة خوف من بدء الشلل العام ، التهاب الوتين ، انعكاسات حادة كسل الحدقة اليسرى تجاه النور ، تباين الحدقتين بالبزل القطني — تفاعل خلوي شديد الاحين ٠,٥٠ سغ بورده واسرمان — ايجابي خفيفاً ، بورده واسرمان الدم ايجابي

سنة ٩٢٢ — بالبزل القطني ، الحالة نفسها .

٩٢٥ — بالبزل القطني تفاعل خلوي صريح ، الاح ٠,٦٠ سغ بورده واسرمان ، سلبي تقريباً ، الجاوي ، سلبي .

سنة ٩٢٩ — الحالة العامة احسن بكثير ، الوظائف العقلية تامة ، الحدقتان تتفاعلان جيداً تجاه النور ولكنهما متباينتان. بالبزل القطني — لا تفاعل خلوي ، الاح ٤٥,٠ سغ ، بورده واسرمان سلبي ، الجاوي ، سلبي

الفئة الثالثة : لقد رأينا في المجموعتين السالفتين ان اولئك المرضى بعد ان ابدوا علامات واضحة سريرية وحيوية دالة على التهاب سحائي وافر مزمن ما لبثوا ان عادت صحتهم اليهم وانتهت آفتهم بالشفاء واما افراد هذه الفئة فانهم على العكس بعد ان ابدوا تفاعلات شبيهة بتفاعلات الفئتين السالفتين تعرضوا لطواريء عصبية خطرة .

واننا سنورد اولاً مشاهدات ثلاثاً ترينا بكل جلاء ووضوح التفاعلات السحائية بعد بزول متتابعة بينا الفحص السريري لا يدل على شيء منها وفيما بعد اصيب هؤلاء المرضى باعراض عصبية خطرة كالفالج الشقي وعلامة آرجيل الخ .

المشاهدة السادسة والاربعون : س ... زهري مجهول

سنة ٩٢٣ — صداع شديد ، دوار ، لا عرض سريري. بالبزل القطني — تفاعل خلوي خفيف ، الاح ٢٦,٠ سغ بورده واسرمان — ايجابي ، الدم بورده واسرمان ، سلبي

سنة ٩٢٩ — فالج شقي ، تعب دماغي .

***

المشاهدة السابعة والاربعون : رجل يبدي اظطرابات عقلية ، فحص في مستشفى (سالبترير) وفكّر في الشلل العام بزل قطنه فكان تفاعل خلوي شديد ترافقه خلايا المصورة وآح متزايد بورده واسرمان ، ايجابي

وبعد ستة اشهر ظهرت علامة آرجيل في احد الجانبين مع تباين في الحدقتين

❀❀❀

المشاهدة الثامنة والاربعون : س ...

سنة ٩١٠ - قرحة افرنجية .

سنة ٩١٥ -- لا اعراض سريرية ، بالبزل القطني -- الخلايا ٨٥ الاحين ٠,٧٠ سغ بورده واسرمان ايجابي امحاء الانعكاس الحدقي الايسر تقريباً ، بالبزل القطني — تفاعل خلوي شديد وخلايا المصورة، الاح ٠,٨٠ سغ بورده واسرمان ، ايجابي

يتضح من المشاهدات الثلاث السالفة الذكر ان تفاعلات شديدة جداً في السائل الدماغي الشوكي تقدمت الاعراض الدالة على استقرارات عصبية خطرة بست سنوات في حادثة فالج شقي وبضعة اشهر وباربع سنوات في حادثات عوارض عينية فلم تكن التفاعلات المشاهدة اذن دليلًا على الدور السابق للسريريات

واليكم الآن مشاهدة انقلها عن (شوفاليه ومار) تتعلق بامرأة أبدت تفاعلًا ايجابياً شديداً في سائلها الدماغي الشوكي لا يصحبه اقل عرض سريري بعد بدء زهريها بستة اعوام واني انتهز الفرصة واروي هذه المشاهدة التي ليست لي لأثبت للملأ ايضاً رأيي الاول الذي كثيراً ما انكره عليّ سيكار وهو ظهور التفاعلات الشديدة في السائل الدماغي الشوكي التي يصحبها تفاعل بورده واسرمان الايجابي بينما لا يشاهد عرض سريري واحد يدل عليها وأضيف الى ذلك ان المعالجة بالبرداء التي طبقت للمريضة سنة ١٩٢٥ لم تحل دون سير التهاب السحايا المزمن وما زالت تبدي تبايناً في

الحدقتين حتى ان هذه العلامات الحيوية كانت مثبتة ايضا بعد اربعة اعوام اي سنة ٩٢٩ ولم تخضع لهذه المعالجة الا التفاعلات الخلوية والآحينية .

واليكم موجز هذه المشاهدة المفيدة :

المشاهدة التاسعة والاربعون : س . . . وعمرها ٢٢ سنة

تشرين الاول سنة ٩١٨ — وردية ، لويحات مخاطية

آب سنة ٩٢٥ — لا علامة سريرية ، بالبزل القطني — الخلايا (٣٥٦) مع خلايا المصورة ، الاحين ٠,٧٠ سغ ، بورده واسرمان ايجابي الجاوي - ايجابي ، تفاعل بورده واسرمان الدموي ، اصبح سلبياً بعد ان كان ايجابياً مدة طويلة ، معالجة بالبرداء

تشرين الاول سنة ٩٢٥ — تباين الحدقتين ، انعكاسات طبيعية

من سنة ٩٢٥ — سنة ٩٢٨ — بالبزل القطني — تهتز التفاعلات الخلوية بين (٥و٥٥) وتهتز التفاعلات الاحينية بين ٢٥ , ٠ و ٤٠ , ٠ ، تفاعلات بورده واسرمان والجاوي ايجابية دائماً ، تفاعلات بورده واسرمان الدموية ايجابية ايضاً

سنة ٩٢٩ — انذار مظلم بسبب التهاب السحايا المزمن كما يرى مؤلفا المشاهدة

واما المرضى الثلاثة الآتي ذكرهم فيبدون علامات سريرية عصبية تدل على زهري عصبي ولا سيما على التهاب السحايا المزمن مع تفاعل شديد في السائل الدماغي الشوكي وقد استمرّ التهاب السحايا هذا عدة سنوات دون ان يتناقص او يعتدل في سيره ففي المشاهدة الاولى نرى تبايناً حدقياً بدون اختلالات انعكاسية بلا صداع شديد يشكوه المريض ظهر بعد اربع سنوات من بدء الزهري وفي السنة التي تلتها أبان البزل القطني تفاعلاً شديدا جداً في السائل الدماغي الشوكي وفي الدم واما الفحص السريري الذي اجراه

الاستاذ غيلان فلم يكشف الا بعض علامات سريرية مبهمة وبعد تسع سنوات من ذلك كانت صحة المريض جيدة فقد تحسنت العلامات السريرية وخفت كثيراً التفاعلات ولكنها لم تمح واصبح التفاعل الدموي سلبياً .

المشاهدة الخمسون : س وعمره ٢٦ سنة

سنة ٩١٥ -- قرحة افرنجية

سنة ٩١٩ -- صداع شديد ، تباين في الحدقتين .

سنة ٩٢٠ -- الاعراض نفسها ، بالبزل القطني -- تفاعل خلوي شديد . الاح ١,٨٠ سغ بورد واسرمان --- ايجابي بشدة ، بورده واسرمان الدم ايجابي قليلا وبعد البزل القطني زوال التباين الحدقي وبعد ثمانية ايام فحصه الاستاذ غيلان فلم يشاهد غير تناقص في الانعكاسات العرقوبية والاخمصية المتوسطة في الجهة اليسرى وامحاء الانعكاسات الظنبوبية الفخذية والشظوية الفخذية الخلفيتين

تشرين الاول سنة ٩٢٩ -- حالة المريض حسنة ولم يعالج ابداً فالانعكاسات طبيعية والعينان طبيعيتان والحدقتان متساويتان غير ان الانعكاسات العرقوبية اليسرى تكاد تكون ممحوة

بالبزل القطني --- تفاعل خلوي شديد جداً وخلايا المصورة ، الاحين ٠,٧٠ سغ ، بورده واسرمان ايجابي قليلا الجاوي --- ايجابي ، بورده واسرمان الدموي سلبي --- هخت سلبي

وفي المشاهدة الثانية نرى ان المريض اصيب فجاة بعد ٢٥ سنة من بدء زهريه بخذل في الجهة اليمنى وبنوب صرع جاكسوني .

وفي السنة التالية رأيت المريض فكانت انعكاساته طبيعية وحليمتاه

البصريتان ضامرتين وتفاعلا السائل الدماغي الشوكي والدم ايجابيين بشدة فبقيت ابزاله مدة اربع سنوات فكان سائله متغيراً دائماً واحياناً مصفرا فكان ذلك داعيا الى التفكير بالتهاب السحايا الضخامي النزفي المزمن واخيراً اصيب المريض بذهول دماغي ثابت وبكم ولم يبزل منذ سنة ١٩١٣ وفي سنة ١٩٢٩ كان حيا يرزق ولكن الفتور الدماغي والاعياء السوداوي داما

المشاهدة الحادية والخمسون : س . . .

سنة ١٨٨٣ قرحة افرنجية

سنة ٩٠٨ - - خذل في الجهة اليمنى ، صرع جاكسوني

سنة ٩٠٩ — انعكاسات طبيعية، ضمور الحليمتين البصريتين ، بالبزل القطني تفاعل خلوي شديد جداً ، وآح متزايد جداً . بورده واسرمان ايجابي، بورده واسرمان الدم — ايجابي ايضاً

من سنة ٩٠٩ — ٩١٣ — اجريت له بزول عديدة فكانت التفاعلات شديدة دائماً وفي بعضها كان السائل مدمى قليلاً او مصفراً وقد اصاب المريض بكم وفتور دماغي لم يمكن تخليصه منهما

سنة ٩٢٩ — لا يزال حياً غير ان الاضطرابات الروحية دامت

وفي المشاهدة الثالثة نرى مريضا اصيب بعد بدء زهريه بسبع سنوات بخرس وسكتة موقتين ، وبعد تسع سنوات ظهرت فيه علامة آرجيل ترافقها انعكاسات داغصية وعرقوبية طبيعية وتفاعلات ايجابية في السائل والدم ومن سنة ٩٢٠ حتى ٩٢٩ كنت ابزله في كل سنة فكان منظر السائل لا يتغير ثم ابتدأت الاضطرابات الروحية بالانحطاط شيئا فشيئا دون ان

يكون ثمة عرض واحد للشالل العام ولهذا فلم يشأ الاستاذ (كلود) الذي رآه المرة الاخيرة سنة ١٩٢٩ ان يلقحه بالبرداء .

المشاهدة الثانية والخمسون : س...

سنة ٩١١ — وردبة

سنة ٩١٨ — خرس موقت

سنة ٩١٩ — سكتة موقتة

سنة ٩٢٠ — خرس موقت ، علامة آرجيل ، انعكاسات طبيعية بالبزل القطني — تفاعل خاوي شديد الاحين ١غرام بورده واسرمان — ايجابي في السائل والدم

من سنة — ٩٢٠ — ٩٢٩ — اجريت له بزول عديدة وكلها ايجابية

سنة — ٩٢٩ انعكاسات ذاغصية وعرقوبية طبيعية ، علامة آرجيل ، عسر في التكلم من آن لاخر ولكن المريض يعيش حياة منتظمة بنشاط روحي طبيعي

يتبين من المشاهدات السالفة ان التهاب السحايا المزمن كثيراً ما يستمر سنوات عديدة دون ان يكشفه تناذر عصبي واضح فقد دام تسع سنوات في حادثتين وعشرين سنة في حادثة ثالثة .

واليكم الان ثلاث مشاهدات اخرى يتبين لكم فيها ان تفاعلات السائل الدماغي الشوكي تقدمت سنوات عديدة اعراض السهام .

ففي المشاهدة الاولى نرى ان المريض اصيب بعد بدء زهريه بسنتين بفلج عيني يدعو كثيراً الى الشك بتغير سائله الدماغي في ذاك الحين وان التهاب السحايا موجود وبعد اربعين سنة من ذلك كانت اعراض السهام لا تزال مشكوكاً في امرها ولكن السائل الدماغي الشوكي ايجابي بشدة

وبعد سبع سنين مات المريض متأثرا من السهام والتهاب الوتين .

المشاهدة الثالثة والخمسون : س . . .

سنة ١٨٧٨ -- قرحة افرنجية
سنة ١٨٨٠ التهاب القزحية مع فلج عيني
سنة ٩٢٠ -- علامة ارجيل بالجهة الواحدة ، حدقتان متباينتان ، انعكاسات عرقوبية ضعيفة وداغصية طبيعية ، بالبزل القطني تفاعل خلوي شديد جداً ، الاحين ٠,٦٠ سغ بورده واسرمان ايجابي بشدة
سنة ٩٢٧ -- موت من السهام والتهاب الوتين

ورغم ان المشاهدة الآتية ليست موجودة فلا بد لي من ذكر هذه النتيجة المنسوبة الى المسيو (هودلو) والتي ذكرها في ايار تحت عنوان :

بحث في الزهري العصبي (النشرة السنوية للامراض الزهرية الجزء الخامس والصحيفة ٢٩٧) فقال انه كشف تفاعلاً سحائياً قبل ظهور السهام بثلاث سنين .

وقبل انهاء المشاهدات المتعلقة بالسهام اورد مشاهدة مفيدة ذكرها المسيو (فانسان) نرى فيها ان تفاعلات شديدة جداً في السائل الدماغي الشوكي تقدمت ظهور السهام بثلاث سنوات .

المشاهدة الخامسة والخمسون : س . . . وعمره ٤٠ سنة

سنة ٩٠٤ -- زهري
سنة ٩١١ --- لا علامة سريرية واحدة ، بالبزل القطني خلايا كثيرة (٧٥) الآحين متزايد جداً ، بورده واسرمان --- ايجابي في السائل وفي الدم .
سنة ٩١٣ --- لا اعراض سريرية ابداً .

سنة ٩١٤ — لا اعراض سريرية ابداً ، بالبزل القطني — خلايا غزيرة (٨٥) آحين متزايد ، بورده واسرمان — ايجابي .

سنة ٩١٨ — سهام مؤكد .

واليكم مشاهدات ثلاثاً يتبين لكم فيها ان التهاب السحايا الذي كشفه فحص السائل الدماغي الشوكي تقدم عدة سنوات علامات السهام السريرية الامر الدال على دور سابق للسريريات لهذا المرض .

وأما فيما يتعلق بالشلل العام فان مشاهدات كثيرة سجلت لبيان تقدم العلامات الحيوية على العلامات السريرية فقد ذكر سيكار سنة ١٩٠٢ أن مريضين عدَّا خائرين (neurasthénique) ففحص سائلهما الدماغي الشوكي فتبين فيهما تفاعل خلوي واضح جداً وبعد ١٨ شهراً من ذلك ظهرت علامات صريحة للشلل العام . وفي سنة ١٩١١ ذكرت اربع مشاهدات لمرضى تقدمت تفاعلات سائلهم ظهور الشلل العام فيهم بضعة اشهر وعدة سنوات .

واليكم الآن مشاهدات أدل وأقنع أبدى البزل القطني تفاعلات شديدة جداً في السائل الدماغي الشوكي ودل على التهاب سحائي مزمن شديد وبعد بضع سنوات ظهرت اعراض الشلل العام بينما لم نكن نرى أقل عرض سريري يدل عليه حين اجراء البزل القطني .

المشاهدة السادسة والخمسون : س . . . ولد سنة ١٨٧٥

سنة ١٨٩٦ — قرحة الشفة ، وردية ، حطاطات .

سنة ١٩٠٢ — خذل شقي ايمن ما لبث ان زال .

كانون الثاني سنة ١٩٠٤ — انعكاسات طبيعية ، لا شيء في قعر العين ،
ضعف خفيف في الذاكرة ، بالبزل القطني —
تفاعل خلوي شديد وآح غزير

ايلول سنة ٩٠٥ — لا تبدلات سريرية ، بالبزل القطني — التفاعل نفسه

تشرين الثاني سنة ١٩٠٥ — فحصه الاستاذ دوبره ولكنه لم يجزم تشخيص
الشلل العام .

سنة ١٩٠٧ — بلغني ان المريض مات متأثراً من الشلل العام .

المشاهدة السابعة والخمسون :

سنة ١٨٩٨ — قرحة ، وردية لا صداع ابداً .

نيسان سنة ١٩٠٦ — فالج شقي .

تموز سنة ١٩٠٦ — تباين حدقي دون اختلالات انعكاسية ، انعكاسات طبيعية
بالبزل القطني — تفاعل خلوي شديد جداً الاحين
١,٥٠ غراماً .

وقد فحص الاستاذ (بابنسكي) هذا المريض ومال به الفكر كثيراً الى اصابة المريض ببدء الشلل العام .

سنة ٩٠٩ — قبل في المستشفى لاصابته بالشلل العام

ونورد الآن كخاتمة لهذا البحث مشاهدتين على غاية من الاهمية ذكر احداهما المسيو (فانسان) وفيهما نرى ان التهاب السحايا المزمن الذي كشفه البزل القطني تقدم الاعراض السريرية باثنتي عشرة سنة في الاولى وبثماني سنوات في الثانية وذلك قبل الموت أثر الاصابة بالشلل العام .

المشاهدة الثامنة والخمسون :

سنة ١٩٠١ — زهري .

سنة ١٩٠٧ — لا اعراض سريرية ، بالبزل القطني — تفاعل خلوي شديد جداً

سنة ١٩١١ — بالبزل القطني خلايا غزيرة (٨٠) الاح ٠,٨٠ بوردهواسرمان ايجابي .

سنة ١٩١٣ — امحاء الانعكاسات الداغصية ، كسل الحدقتين تجاه النور ، بالبزل القطني الخلايا (٨٠) الاح غزير بورده واسرمان — ايجابي في السائل وسلبي في الدم .

سنة ١٩١٦ — سهام مؤكد

سنة ١٩١٩ — اثر الشلل العام

المشاهدة التاسعة والخمسون : س ...

سنة ١٨٩٧ — قرحة ، وردية

سنة ١٩١٩ — دوار ، تعب فكري ، انعكاسات طبيعية وعينان طبيعيتان التهاب التيه الايمن ، بالبزل القطني — تفاعل خلوي شديد الاح ٠,٥٠ سغ ، بورده واسرمان ايجابي في السائل وفي الدم

سنة ١٩٢٧ — مات المريض اختناقاً وكان يبدي اختلالات دماغية كانت مدعاة الى تشخيص الشلل العام

❀❀❀

النتيجة : تشبه النتائج في هذه الفئة الاخيرة نتائج الفئة السابقة :

١ً — يكشف البزل القطني في الزهريين ابان سير زهريهم تفاعلاً شديداً في السائل الدماغي الشوكي بينما تفقد جميع الاعراض السريرية غير ان بعض افراد هذه الفئة أبدى في بدء زهريه تظاهرات سريرية ما لبثت أن زالت (كالفلج العيني والخذل الشقي والفالج الشقي والخ ....) فكان ظهورها داعياً الى الاعتقاد بأنه لو أجري البزل القطني في ذاك الحين لكان ايجابياً وسنرى ان هذا الامل على جانب عظيم من الاهمية .

٢ً — تكون التفاعلات المشاهدة ابان سير الزهري على غاية من الشدة فتكون الخلايا كثيرة جداً ولا سيما خلايا المصورة كما يكون الآحين غزيراً ايضاً وتفاعل بورده واسرمان ايجابياً في السائل والدم وتفاعل (غيلان) ايجابياً ايضاً ويدل جميع ما ذكر على قدم الآفة دلالة واضحة .

٣ً . يقوم الى جانب المرضى الذين ابدوا تفاعلات ايجابية دون اعراض سريرية مرضى خرون أظهر الفحص السريري فيهم اعراضاً سريرية صغيرة لآفات عصبيه واختلالات دماغية لا يمكن التنبؤ عن درجة خطرها أو تعليلها الاَّ بفحص السائل الدماغي الشوكي .

٤ً — يستحيل جداً التنبؤ عن الخطة التي تسير عليها هذه الالتهابات السحائية التي لا ترافقها اعراض سريرية اذ لا يمكن معرفة ما اذا كانت تشفى أو تستمر سنوات عديدة بشكل التهاب سحائي مزمن أو انها ستسير الى اسوأ فتنتهي بسهام او بشلل عام ذلك لأن تفاعلات السائل الدماغي الشوكي كثيراً ما تكون متشابهة في شدتها وتكون النتيجة مختلفة كل الاختلاف ، وعندي اننا لا نملك حتى الساعة تفاعلاً أو صيغة نعين بهما مصير الآفة وانذارها .

٥ً — نرى بين هذه التفاعلات الشديدة ما يدل دون ما جدل على الدور السابق للسريريات غير ان صديقي المأسوف عليه سيكار كثيرا ما ناقشني على صحة هذه الحقيقة الراهنة قائلًا انه ما شاهد تفاعل بورده واسرمان ايجابياً في السائل الدماغي الشوكي الاَّ وكانت علامات سريرية ، غير ان مشاهداتنا الخصوصية المدونة ابان سير الزهري وفي بدئه تقوم حجة قوية على صحة ما

ندعيه وبوسعي الان ان اذكر المشاهدات التي اغفلتها كي لا أثقل هذه المذكرة دون جدوى كما انني كنت ارجو صديقي الاستاذ (غيلان) ان يفحص جميع المرضى الذين كنت أرى في سائلهم الدماغي الشوكي تلك التفاعلات الشديدة فلم يكن ذلك الاستاذ ليكشف أقل عرض سريري واخيرا فان فيما ذكر من المشاهدات السالفة كغاية وحجة دامغة على اختفاء التفاعلات الايجابية وتفاعل بورده واسرمان بعد ظهورها دون ان يتعرض المريض لأقل تظاهرات سريرية .

٦ً — لا تزال قضية المعالجة التي تركتها جانباً مشوشة جدا فكثيرا ما تخضع تفاعلات فائقة الشدة المعالجة المعتادةوعلى العكس فانالبعض الاخر يعيضها بدون ان يفهم سبب ذلك . ولا تخفف البرداء دائماً هذه التفاعلات (المشاهدة ٤٨) (للبحث صلة)

المعثكلة في الدوالي

جرب الحكيم كيرزن معالجة الدوالي وعراقيلها والقروح الناجمة منها بالمعثكلة كلها لا الأنسولين وحده فكان يضمد القروح الدوالية بمسحوق المعثكلة المجرد من الخمائر الهاضمة ويصف داخلًا الاستعضاء المعثكلي والكظري وقد تبين له بعد اختبار دام ثلاث سنوات ان هذه المعالجة تخفف الاعراض الوظيفية سيما الآلام وتحسن الدوران الدموي .

ش . م . ش



التلقيح المضاد للدفتيريا

بقلم الدكتور ر. بوفان

ترجمها الدكتور احمد الطباع الطبيب الداخلي في مستشفيات دمشق

ليس الاستمصال كافيا لحل قضية الدفتيريا حلًا كاملًا لسببين فمن العبث اذن ان نأمل منه الشفاء في جميع حالات هـذا الداء على الرغم من مصله الناجع ومما ستتداركه به يد الاصلاح في المستقبل زد على ذلك أن بين الاصابات تبايناً شاسعاً فبينا نرى معدل الموت سنة ١٩٠٢ ١٢ ٠٠ (٥٦٦٥ حادثة في باريس مات منها ٧٢٤) نراه سنة ١٩١٨ بمعدل ٩ ٠٠ (١٤٥٠ حادثة مات منها ١٣١) فهذه الارقام اذا قوبلت وارقام سنة ١٨٩٤ (٤٣٦٢ حادثة مات منها ١٤٣٢) ثبت للمرء ان الاستمصال رغم شدة تأثيره لم يكفل بالنجاح المطلق في جميع الحالات ولا يخفى ان حوادث الدفتيريا الخفية تذكر في هذه الاحصاآت وان خطر اصابات الدفتيريا التي نشاهدها في هذه السنين الاخيرة وفي جميع الممالك يحدو بنا الى التسلح بأمضى أسلحة الوقاية .

وسائل الوقاية الحاضرة : لا ننكر ان حل هذه القضية قد تمَّ منذ زمن بعيد وان الاستمصال في الوقاية واسطة من انجع الوسائط غير ان هذه الوسيلة قصير مداها لانها لا تمتد الى ابعد ممن يحيطون بالمريض وقصيرة مدتها ايضاً لانها لا تتجاوز ١٥ — ٢١ يوماً فاذا ما طال أمد الوافدة عاد الخطر فتهدد

المحقنين بالمصل كما في وافدة المأوى الروسي في بك سنة ١٩٢٤ ولا ننسى ان المصل يحسس المريض ازاء كل مصل سابق حقن به ؛ كل هذا يدعونا الى ايجاد مناعة فاعلة ثابتة : ففي سنة ١٩١٣ قدم بهرنغ للمؤتمر الطبي في (وايس بادن) مزيجاً يكسب المناعة على الذيفان والترياق (مضاد الذيفان) فازال به الفعل السام مبقياً على القدرة المولدة للضد . وفي التاريخ نفسه ادخل (بارك وزنجر من نيويورك) في التجارة مزيجاً شبيهاً به فكانت القوة الممنعة لهذين المزيجين أكيدة ولكنها بطيئة التأثير تستدعي عدة اسابيع او عدة أشهر احياناً ولا يخفى أن ايجاد مزيج قوي التأثير وخال من الضرر في الوقت نفسه أمر مستصعب للغاية فضلاً عن ان اساس هذا المزيج هو المصل المضاد للدفتيريا الذي يمهد السبيل للعوارض المصلية . لهذا انشطر المؤلفون شطرين فمنهم من مال الى خليط خفف تعديله ومنهم من مال الى خليط افرط في تعديله (رنو . وب . ب لمفي) هذا عدا الصعوبة في المحافظة على هذه المخاليط وعلى خواصها الاولى وفضلاً عن ذلك فان للتلقيح غرائب ومفاجئات ولهذا حامت الشكوك حول ثبوت هذه المخاليط في الحي كثبوتها الشديد في المخابر . ولقد جرب هذا اللقاح في بلجيكة وهولندة وانكلترة وجنيت منه بعض الفوائد بعكس فرنسة التي لم تجن منه الا الخيبة فاهملته بعد ان شاهدت منه عدة عوارض وخيمة .

الذيفان المعطل (anatoxine) : كالمت مساعي رامون سنة ١٩٢٢ في هذا الصدد بالنجاح وبعثت في المختبرين آمالاً حققها المستقبل فمنذ الاشهر الاخيرة لسنة ١٩٢٣ قام معهد باستور في باريس مع رامون ومارتن ودازه

ولوازو ولافاي وقام معهد (فال دو كراس) مع زلار وروبينو فيتش وسلاً بوجه الخناق سيفاً صارماً ثم عم التلقيح ضد الخناق (فقد اجري ما يقرب من مليون حقنة في ايلول سنة ٩٢٨) فيحق لنا الآن ان نؤمل في ادخال التمنيع ضد الخناق كما هو عليه التلقيح ضد الجدري .

أسس الطريقة : اذا ما مزجت في الزجاج اجزاء معينة من ذيفان الدفتيريا والترياق حصلت حادثة التحوصب الشاهدة بانشباع المركبين المتبادل واذا ما عوير أحدهما عرفت درجة قوة الثاني ولقد وجد رامون ان اضافة شيء من الفورمول الى الذيفان الدفتيري تفقده قوته السامة مع المحافظة على قوته المحوصبة الشاهدة بانشباع الذيفان وترياقه معاً ومضاد التعفن هذا ينقص أيضاً ضرر الذيفان وقد يمحوه بتاتاً فيكون السم الخناقي قد تبدل تبدلاً كبيراً وقد دل الاختبار أن الحيوانات المحقونة بالذيفان المعطل عادت منيعة على التسمم الخناقي

وقد تبين أيضاً ان فعل الحرارة المديدة (٣٨—٤٠) تسرع قوة الفورمول المبدلة فيمكننا إذن اجمال خواص هذا المحصول الجديد بما يلي :

هو مركب مشتق من الذيفان الدفتيري متصف كالذيفان نفسه بخاصة التحوصب غير مؤذ حيوان التجربة قدير على التمنيع وايجاد ترياق نوعي (رامون) .

وقد سمى رامون هذا المحصول الذيفان المعطل . والمؤلف تتبعات راهنة اتسع نطاق هذه الطريقة بها وبها يستطاع الحصول على ذيفان معطل من عوامل اتانية أخرى وهناك طرق لقلب ذيفان الدفتيريا ذيفاناً معطلاً والمتبع اليوم هو إشراك الحرارة المديدة (طيلة شهر تحت درجة ٣٨ — ٤٠) والفورمول

بالتأثير في ذيفان قوي الفعل . يضاف من الفورمول التجاري الذي نسبته ٤٠ . مقادير تختلف باختلاف المستنبت وتفاعل الذيفان .

خواص الذيفان المعطل : خواصه الرئيسية كما ذكرنا هي خلوه من الضرر ، ومحافظته على قدرته المحوصبة وقيمة المولدة للضد وقوته الممنعة .

أما كونه خلواً من الضرر فثابت من مقاومة القبعة (الحيوان المصطفى) وغيرها من حيوانات المخابر وعدم تأثرها مما تحقن به من المقادير الكبيرة (٥ سم . م) .

واما قيمة المولدة للضد فتقاس بتفاعل التحوصب ويجب ألاّ يختلف هذا كثيراً عما يقع في الذيفان نفسه وان يكون جل ما هنالك من فرق هو بطء حصوله بالذيفان المعطل اما ان يستغرق التحوصب بضعف مدة الذيفان الاصلي فذلك يدعو الي نبذه .

ولقد ثبت بالتجربة على الحيوان ان القدرة المحوصبة في الزجاج تدل دلالة حقيقية على قيمة الذيفان المعطل المولدة للضد وقوته الممنعة ومن صفاته مقاومته للحرارة اكثر من الذيفان : فبينا نرى أن تعريض الذيفان لحرارة قدرها (٦٥ — ٧٠) ١١ ساعة تفقده قسماً كبيراً من سميته وقوته الممنعة نجد أن الذيفان المعطل لا يتأثر من هذه الدرجة ولا من بقائه مدة مديدة في المثلجة فلا شيء اذن ينافي معالجته بطريقة تتبدل لانه لا يتلف الا في الدرجة ٧٢— ٧٥ . ومن صفاته ايضاً انه لا يرجع الى أصله فليس بمقدور أي واسطة كيماوية أو طبيعية أو حيوية أن تعيد اليه سمية المستحضر الاصلي .

واننا على الرغم ما لهذا الجسم من عظيم الفائدة لا نعدد هنا غير أهم

استعمالاته : فبناءً على خلو استعماله من الضرر يستعمل اليوم لتحضير الخيل التي يجمع منها المصل المضاد للدفتيريا لانه قد قصر مدة التحضير حتى اصبحت ٣٥ يوماً (بدلاً من ثلاثة أشهر) ولم يعد الحيوان يعاني ألماً في الحقن مع ان الطريقة القديمة كانت تودي به أحياناً او تضعفه شديداً وتقرب أجله وزبدة القول ان التجارب الحاضرة برهنت أن المصول الحديثة تعادل المصول القديمة كمية وكيفية . وأن ما يهمنا ذكره هو تلقيح الانسان الواقي :

الاستطبابات ومضاداتها : لقد أبانت لنا السريريات والجوائح منذ سنة ٩٢٢ ان الذيفان المعطل خال من الأذى ومع ذلك فلا بدّ من بعض التحفظ في استعماله على انه يمكننا ان نعدّ استطبابه عاماً في بعض الاشخاص :

١ً — في الاطفال الذين اكملوا السنة : ففي هذه الآونة تكون المناعة الطبيعية في الرضيع قد اضمحلت وبلغ استعداده للمرض أشده فالتلقيح قبل إتمام السنة لا فائدة منه ولا تخفى مناعة عضوية الرضيع على كل تمنيع) فبناءً على ما عرفناه عن الذيفان المعطل نؤمل في ان التلقيح به سيعمّ وينتشر كما عمّ تلقيح الاطفال باللقاح المضاد للجدري .

وليعلم ان اللقاح لا يحدث تفاعلاً في السنة الاولى حتى الثلاث وان تفاعله بعد السنوات الثلاث خفيف اذن تكون السن الملائمة للتلقيح بين ١ — ٨ سنوات وليس استعمال هذا اللقاح مطرداً في فئة ثانية من البشر : فمنذ السنة الثامنة فما فوق تعود المناعة العضوية شديدة ولها تأثيرها وتزداد التفاعلات ومع ذلك فان التلقيح في المجتمعات حيث الازدحام شديد كما في المدارس والثكن واجب اتقاءً للسراية الممكنة وكذلك القول في تلقيح الاطباء

وطلاب الطب والمرضين ايضاً . والقاعدة المطردة هي ان يلقح جميع المستعدين ويعرف هؤلاء بالتفاعل الادمي ازاء الذيفان الدفتيري وهو تفاعل (شيك) فمن كان شيك فيه ايجابيا لقح ومن كان فيه سلبيا كان منيعا فترك .

الاستطبابات المتعلقة بالبيئة : يعود استطباب التلقيح مطلقا ايام الوافدات في الاماكن الموبؤة ولا يجوز التواني به مطلقا واما في الاماكن الطاهرة فلنا الخيار في انتقاء الوقت المناسب والتلقيح في المجتمعات (دور النقه والمصحات) يكاد يكون واجبا ويتعلق بخطر الوافدة وحالة المرضى ولا مضاد مطلقا له واجراء تفاعل شيك واجب هنا اذ به يضيق نطاق التلقيح فلا يجرى الا حين الضرورة المبرمة .

مضادات الاستطباب : قليلة ١ — فلا يجوز تلقيح المحمومين والمصابين بانتان حاد الا بعد ان يمرّ مدة على نقههم وكذا المعلولون : كالسل في صولته وبيلة الآحين وآفات القلب فهي علل تضاد الاستطباب .

وهنالك مضاد استطباب موقت : وهو ألاّ يلقح ناقه من الدفتيريا قبل مضي ثلاثة أشهر على شفائه . أما الحمل فليس مضاداً للاستطباب بنفسه ولكن انتقال المناعة للجنين ليس بثابت .

طريقة التلقيح : الذيفان المعطل المستعمل في تلقيح البشر هو من صنع مستوصف باستور وهو سائل لون بالخضرة تسهيلاً لمعرفة قوته المولدة للضد في الجسد معادلة لثماني وحدات ترياق في سم٣ وهي قوة تفوق الحد الاصغر الواجب توفره للحصول على مناعة اكيدة . وللذيفان المعطل مقادير للفرد (مجل فيه ٥ سم٣) وللجماعة (مسجل فيه ١٠سم٣) ويجرى الحقن تحت الجلد

في كل ناحية ممكنة ولسهولة العمل وفي حالات التفاعل الموضعي تختار لحمة الحفرة فوق الشوك او تحته والحذر من تلقيح الطفل في فخذه لانها كثيراً ما تكون وسخة فتنشأ من التلقيح تعفنات موضعية .

المقادير : هي نفسها في جميع الاعمار

الحقة الاولى : نصف سم ٣

« الثانية : بعد ثلاثة اسابيع ١ سم ٣

« الثالثة : بعد اسبوعين ١,٥ سم ٣

هذه هي الفاصلات التي لا يجوز انقاصها حذراً من وقوع بعض الطواريء أما اطالتها فجائزة والتلقيح بالانبوب الهضمي لا يفيد البتة ويقول (زلّر ولسنه) ان التلقيح بطريق الانف ممكن وهو طريق نادر طرقه .

التفاعلات : لا تفاعل قبل السنة الثامنة او تفاعل خفيف أما بين الثامنة والسادسة عشرة فالتفاعل خفيف وقد يكون شديدا وهو كثير الوقوع في الكهل وتقل التفاعلات بعد الحقنة الاولى وتندر جداً بعد الثالثة ويكثر وقوعها بعد الثانية .

التفاعلات الموضعية : يعقب الحقن غالباً ألم خفيف موضعي وقد يكون التفاعل خفيفاً فلا يظهر الا باحمرار قليل وتعجن وذمي يزول بيومين او ثلاثة ايام او يتظاهر بلوحة احمرارية مرتكزة على قاعدة صلبه وكل من كان تفاعل شيك فيه موهماً كانت الاعراض الموضعية فيه أشد واوضح فترى لوحة وذمية حارة مؤلمة باتساع راحة اليد بنفسجية المركز يحيط به احمرار ينتشر الى ابعد من حدود الوذمة ؛ فتزول الاعراض السابقة وتبقى عجرة صلبة تسترها منطقة صباغية وضخامة العقد ليست بقليلة الوقوع .

التفاعلات العامة : يحصل بعض التوعك وقلما تبلغ الحرارة(٣٨°)وتشتد عادة بعد الحقنة الثانية ولا تعلو الحرارة عن الدرجة الطبيعية الا زهاء ٤٨ ساعة فتبلغ اقصاها في الساعة الثلاثين والستين ثم تهبط هبوطاً نهائياً وينذر ان تبلغ الحرارة ٣٩ او ان تجاوزها وعكس ذلك يقع فيمن يتفاعلون تفاعلات موهمة فان الحرارة تلازمهم اربعة ايام وتبلغ فيهم ٣٩ أو ٤٠ وهكذا الامر في الناقهين من الدفتيريا كما ان تفاعلهم الموضعي شديد جداً حتى ان حادثة آرتوس قد تتجلى فيهم .

العوارض : شاذة وذلك لما عرفناه من الحيطة الدقيقة في استحضار الذيفان المعطل كما ان خلوه من الضرر المثبت بالتجربة صفة اساسية يتصف بها . وللبنية تأثيرها في كشف فعله لذا نرى العوارض واضحة جداً في ناقه من النزلة الوافدة لقح فاصيب بتفاعل موضعي شديد مع التهاب الجلد الضخامي وآلام عضلية واحمرار وحرارة بلغت الاربعين وترى هذه العوارض ايضاً في المحصوب فتعتريه آلام رأس واقياء وحرارة مع زكام عيني انفي شديد . وقد صادف بعضهم آلام رأس واقياء واسهال ووذمة متعممة ، ومندفعات : شرى وحمامى قرمزية الشكل وجميع هذه العوارض تزول بدون ما أثر بعد بضعة أيام وذكروا ايضا حوادث بيلة دمية نادرة استمرت ١٨ ساعة سببها خلل في الكلية سابق ومن اشد العوارض وطأة ثلاث حالات فلجت فيها الاطراف السفلية فلجاً تاماً مع حرارة مرتفعة وفي احداها نوبة اختلاجية ففي كل ما ذكر كان الشفاء عفواً وسريعاً وتاماً ونسبة هذه العوارض الى الذيفان المعطل فيها من الشك ولكن خلو التلقيح من الأذى لا يغني

الطبيب عن فحص من أراد تلقيحهم متى كانوا يفعاناً أو أولاداً كباراً لان مليون حقنة أُجريت في فرنسة (ايلول سنة ٩٢٨) ولم يعقبها حادث ذو شأن.

التنائج: وضعت الاحصاآت بعد تحري تفاعل شيك في المجتمعات (المدارس والثكنات والمستشفيات) قبل التلقيح وفيه وبعده خلال اربع سنوات وقد عوير الترياق في مصول الملقحين في بعض الحالات وكانت النتائج المجتناة عن سير الاوبئة وانتشارها مؤيدة لفعل التلقيح فقد أبان الفحص ان الحد الاصغر لعدد المنعين ، سواءً في البيئات السليمة او الموبوءة وبعد ثلاث حقن،٩٧٪ . خلا بعض شواذ سنذكرها بعد حين. ويكتسب الملقح مناعة بعد ٥ — ٨ أسابيع : ويبين لنا شيك ان المنعين بعد الحقنة الاولى ٣٦٪ وبعد الثانية ٨٨ — ٩٠ ٪. وهذه المناعة تستمر طويلًا لان التفاعل المصلي اثبتها بعد اربع سنوات من التلقيح والمستقبل وحده يعين لنا هذه المدة ولكن لا بد من حقن ثلاث لاحراز هذه النتيجة الحسنة على ان هذه المناعة معرضة للنقصان : ففي الاشهر التي تلي التلقيح تأخذ بالخفة التدريجية وتبلغ بسرعة حداً ثابتاً يفوق كثيراً ما يجب ليكون شيك سلبياً شاهداً على بقاء المناعة

وليعلم ان هذه المناعة المكتسبة يشتد فعلها سريعاً بعاملين : الحقن بذيفان معطل جديد ولا سيما تعفن خفي بعصية لفلر . وهذا ما سماه — امون وزلر بالنشاط الجديد المكتسب الذي يسرع ظهوره

عوامل التغير : لا أعدد هنا الا العوامل المضعفة لقدرة اللقاح الواقية وهي قليلة

اولها — انقاص فاصلات الحقن . ليست المدة التي ذكرناها سابقا الا الحد الاصغر فإنقاصها معناه اضعاف هذه القدرة ؛ ولقد تبين ان الحقن الثلاث

اذا أُجريت في ٢١ يوما يسقط بعد الحقنة الثالثة ، معدل تفاعلات شيك السلبية الى ٨٩ ٠ .

ثانيا — اشراك الاستمصال الواقي اذا أُجري الاستمصال والتلقيح معا يسقط معدل الاشخاص المنيعين الى ٨٥ — ٩٢ ٠ .

فالجمع بين المناعتين الفاعلة والمنفعلة لا يجوز اجراؤه الا في بعض الحالات الشاذة لان الذيفان المعطل يفعل فعله السريع ويقف في وجه الوافدة وهي في اشد وطأتها ولكن المناعة به ليست مطلقاً بل يبقى ١ — ٣ ٠ . من الاشخاص ، لاسباب مجهولة ورغم كل الجهود المتخذة مستعدين لقبول الداء وقد اثبت موزر ان حقنة رابعة بذيفان معطل تكسب صاحبها المناعة الاكيدة فيكون معدل المناعة قد بلغ مائة في المئة .

ثالثها — كان المعدل ٩١ في المئة في بعض المجتمعات غير انه لا يخفى ان الاشخاص الذين يأوون الى هذه المؤسسات تكون قد خارت قواهم لانهم ناقهون من ادواء حادة او مزمنة اصابتهم او لا يزالون يعانون مضضها .

اللقحون والدفتيريا : لقد اتفق المخبر والسريريات على ان المناعة تظهر بعد التلقيح بزمن وجيز واثناءه احياناً وان المكث في بيئة موبوءة ظهرت فيها اصابات حديثة العهد لا خطر منه وهذا اكبر برهان على ما يتصف به الذيفان المعطل من الوقاية غير ان بعضهم قد صادفوا الدفتيريا في اشخاص ملقحين وليس ما يثبت هذه الاصابات وقد انكرها (زلّر ومارتن) بتاتاً ولسنا ننكر ان العدوى قد تحدث قبل ان يكون الملقح قد احرز مناعة كافية فيصاب كيف لا والمضعفون لا يكتسبون المناعة الا بعد عدة اشهر .

التلقيحات المشتركة : لقد أدت التحريات المجراة بقصد ايجاد مناعة في الاشخاص المقاومين او اكثارها في الآخرين براموس وزلر ومرتن ولوازو ولافاي الى استعمال مواد غريبة اخرى وهي مواد غفل (تابيوكا) ولكن ظهر اخيراً ان لبعض المحصولات الجرثومية كاللقاحات (البروبيدون) التأثير نفسه ومنها اللقاحات التيفية (ت . أ . ب) التي عوضاً عن ان تفسد عمل الذيفان المعطل تسهل فعله زد على ذلك ان المناعة يكتسبها الملقح بعد اجراء الحقن الثلاث .

التفاعلات الموضعية والعامة : تظهر واضحة بعد الحقنتين الاولى والثانية بالخاصة وتتجلى موضعياً بألم ووذمة متسعة احياناً واحمرار وتتصف من الوجهة العامة بصداع وغثيان وحمى على ان كل هذه العوارض موقتة لا تلبث ان تزول بعد ٦٢ ساعة ولا تتجاوز شدتها بل لا تبلغ ما يقع في الحقن بـ (ت . أ . ب) وحده ولقد اثبت البعض حصول مضض مؤلم يستمر عدة ايام في مكان الحقنة فيمن كان تفاعل شيك فيه ايجابياً ولكنه حادث عارض . أما طريقة العمل وفواصل الحقن فهي كما في الحقن بالذيفان المعطل وحده فيكفي الكهل ان يضاف الى حقنتي الذيفان المعطل الاولين وفي المحقنة نفسها ١ سم٣ من اللقاح ت . أ . ب ويضاف الى الاطفال بالنسبة الى اعمارهم ويظهر ان التلقيح المضاعف ضد الدفتيريا والكزاز باشراك الذيفانات المعطلة معاً يكسب المناعة . يتبين من كل ما ذكر ان قضية الدفتيريا التي لم يستطع الاستمصال البت فيها قد حلت او اوشكت ان تحل فليس علينا الآن الا ان نهنيء انفسنا بهذا السلاح الماضي الذي وهبه لنا العلم وان نعلم ايضاً ان طريقة العمل هذه المتبعة في الدفتيريا يجوز اتباعها في انتانات اخرى مخيفة .

الحمل المشؤوم الطالع

الناجم من الزهري مع سلبية تفاعل واسرمان

ترجمها طالب الطب السيد بشارة اسطفان

لداء الزهري تأثير في الحمل وقد نبه افكار الاطباء كثيراً حتى اصبحوا يسعون وراءه في تحرياتهم السريرية والمصلية كلما شاهدوا حوادث اسقاط أو ولادة مبتسرة أو وليداً ميتاً او موت الطفل الباكر أو تشوشاً في اعضائه دون ان يروا برهاناً واضحاً يمكنهم من تثبيت المرض مع ان اسباباً اخرى عديدة تؤثر في مدة الحمل وتجعله مشؤوماً .

فالى تلك الاسباب العديدة نجمع ثلاث حالات جديدة لها الاهمية العظمى في الممارسة السريرية :

١ - الحمل المشؤوم ممكن في النساء القوابل اللواتي اطخن بالزهري الارثي مع ان تفاعل واسرمان سلبي ولم تظهر فيهن اعراض سريرية .

٢ - يشاهد الحمل المشؤوم في الزهري المكتسب على الرغم من مرور مدة طويلة على سلبية تفاعل واسرمان .

٣ - شوهد الحمل المشؤوم في أسر تعذر كشف الزهري فيها من الوجهتين السريرية والمصلية وكان تفاعل واسرمان سلبياً بطريقة داموليار وتأثير المداواة الزرنيخية الحسن يثبت جرم المرض .

وخلاصة القول ان الزهري الابكم من الجهتين السريرية والمصلية يُفضي الى حمل وخيم يجب ان يفكر فيه ويعالج معالجة اختبارية ولاسيما متى كان اسقاط على الرغم من تفاعل واسرمان السلبي ولا يثبت التشخيص الاّ اذا تكاثرت الاعراض ودرست درساً صارماً .

(١)

الحمل الوخيم العاقبة في الزهري الارثي وفي القوابل السلبيات من الاعراض السريرية والمصلية

لاحظنا غالبا حوادث اسقاط عديدة في مستشفانا في مدة الحمل الاولى في الأسر المصابة بالزهري الارثي ولم يظهر فيها عرض واحد وكان تفاعل واسرمان سلبيا حتى بطريقة داموليار . وبعض النساء لم يظهر فيهن عرض زهري في حداثتهن والمعالجة المضادة للزهري كانت الواسطة الوحيدة لايصال الحمل الى مرحلته الاخيرة ولقد وقفنا على عدة مشاهدات نبينها عند الحاجة ونسرد الآن مثلًا واحداً .

عائلة مؤلفة من اب عمره ٥٤ سنة وام عمرها ٤٤ يتمتع كلاهما بصحة حسنة . وفي سنة ١٩١٠ حصلت على ثقة الاب فأَقر لي انه أُصيب بالزهري في سن العشرين وظهرت فيه قرحة ونفاط وردي وعالجه فورنيه بحبوب ديبتران ومن ثم لم يظهر فيه ادنى عرض زهري وتفاعل واسرمان كان سلبياً فيه سنة ١٩١١ وفي امرأته ولكن هذه أسقطت بعد زواجها جنيناً في اول سنة ١٨٨٧ ثم ولدت ثلاثة اولاد اصحاء وذلك في سنة ١٨٨٨ — ١٨٩٠ — ١٨٩١ وهؤلاء الاولاد متمتعون بصحة جيدة ولم يظهر فيهم

عارض سريري الا انه يرى في الجدار الأيمن من صدر الابن وحمة كبيرة وقد أجري لهم مؤخراً تفاعل واسرمان وكان سلبياً بطريقة داموليار . ثم تزوج الابناء الثلاثة : الابنة الكبيرة في عقدها الثاني سنة ١٩٠٨ وقد اسقطت المرة الاولى في الاشهر الثلاثة الاولى والمرة الثانية في شهرها السادس فاشار الطبيب باجراء التفاعل الزهري الذي كان سلبياً فيها وفي زوجها . وتزوج الابن في الثانية والعشرين سنة ١٩١٢فاسقطت قرينته اولاً في الشهرين الاولين ثم مرة ثانية في الاشهر الاربعة الاولى واجري التفاعل وكان سلبياً في الاثنين .

وتزوجت الابنة الثانية في سنتها الحادية والعشرين سنة ٩١٢ فاسقطت ثلاث مرات والاسقاط الاول كان في الشهر الاول والاسقاط الثاني في الشهرين الاولين والأخير في الشهر الخامس من الحبل وكان التفاعل سلبياً في الزوجين بطريقة داموليار . ولقد مكنني الحظ من معرفة الطبيب المعالج لتلك العائلة التي عرفتها من زمن بعيد وأخبرته عن سابق الاب فلم يقتنع بسبب سلبية تفاعل واسرمان ولإنكار الاب سابقه المرضي ثم اشرنا باجراء التفاعل أخيراً وكان سلبياً ايضاً فسألنا الاب لآخر مرة فاقر بظهور القرحة وبعد تطبيق المداواة الزرنيخية كان الحمل طبيعياً في الثلاثة وكانت نتيجته : ثلاثة اطفال للابنة البكر واربعة للابن وطفلين للابنة الثانية

(٢)

الحمل الوخيم في الزهري المكتسب مع تفاعل واسرمان السلبي

ان تلك المشاهدات الغريبة قليلة الحدوث في هذا الشكل ولكن

قد قيض لي ان أعاين ثلاث حالات نسرد الحالة الاولى منها الآن :

رجل أُصيب بداء الافرنج في سنة ٩٢٢ وعولج معالجة سيئة ويدعي ان تفاعل واسرمان كان سلبياً في اواخر السنة الاولى من مرضه واشار عليه طبيبه ان يكف عن المداواة وسمح له بالزواج في سنة ٩٢٦ . عاينت زوجته فكانت سليمة ولم يبدُ فيها عرض الزهري الارثي ولكنها اسقطت في الشهر الثاني وأُجري التفاعل حسب رأي الطبيب على اثر الاسقاط فكان ايجابياً في الزوجين فعالجهما معالجة قوية بالسيانور و٩١٤ وثابرا على هذه المعالجة الى ان اصبح التفاعل سلبياً بعد اربع سنوات في الرجل وبعد ثلاث سنوات في المرأة حتى بطريقة داموليار . وثوبر على المعالجة الفصلية من سنة ٩١٩ — ٩٢٤ خوفاً من النكس : ثمان حقن اركاريتول (arqueritol) في شهري كانون الثاني وتموز ثم بالبزموت ١٢ حقنة في شهري نيسان وتشرين الاول . ولكن الزوجة اسقطت مرتين سنة ٩٢٣ في شهريها الثالث والرابع ومرتين سنة ٩٢٤ في شهرها الرابع وأُجري التفاعل كل ستة اشهر فكان سلبياً في الاثنين بطريقة داموليار فعاينتهما في اواخر سنة ٩٢٤ ولم أرَ سبباً ظاهراً للاسقاط فأشرنا بالمداواة المختلطة من ٩١٤ والبزموت وان لم يكن داء الزهري في دور الصولة فعولجا ايضا ثلاث مرات في خلال سنة ٩٢٥ واربع مرات في سنة ٩٢٦ وتفاعل واسرمان بقي سلبياً وفي عام ٩٢٥ اسقطت المرأة في الشهر السادس من الحمل وفي عام ٩٢٦ ولدت الزوجة ولادة مبتسرة وكان الوليد طبيعياً في الظاهر ولكنه فارق الحياة بعد اربع وعشرين ساعة وكان وزن المشيمة ٩١٠ غرامات . وقد ثابر

الزوجان على المعالجة المختلطة من ٩١٤ ومن البزموت الى ان ولدت المرأة ولادة طبيعية في شهر آب سنة ٩٢٧ وطفلها لم يزل حيا الى الآن ثم ولدت ايضا ولداً ثانيا متمتعا بصحة حسنة وثوبر على المداواة بالبزموت والزرنيخ في سنتي ٩٢٧ — ٩٢٨

(٣)

الحمل المشؤوم في الأسر التي لم يُكتشف فيها داء الزهري

قد جمعت في تحرياتي ثلاث مشاهدات ولكني اسردُ واحدة منها وهي التي اتبعتها مع صديقي فرنك برنتانو رئيس فرع الحضانة في مستشفى بوجون الام عمرها ٣٥ سنة متمتعة بصحة جيدة وجهها شاحب والاب عمره ٤٠ سنة قوي البنية لم يبدُ فيه الا شحوب عادي في وجهه تزوجا سنة ٩١٦ وكان الحمل الاول طبيعياً والطفل لم يزل حياً الى الآن ثم وقع حمل ثانٍ ولدت المرأة على اثره في آب ٩١٩ ولداً مات بعد ٢٤ ساعة من ولادته واعترت الام حرارة طالت عدة ايام اعتقدوا انها السبب في موت الطفل ولكن الولادات الاخيرة نفت ذلك . ففي تشرين الاول ٩٢٢ ولدت الام طفلاً عاش ١٥ يوماً وكان الحمل والولادة طبيعيتين ولم يُنسب موت الطفل الى الحمى كما في الحادث الاخير والوليد الذي كان قوياً في الايام الاولى اعتراه فواق ونقص متزايد في جميع وظائفه العضوية وقد شخص ثاريان تشوشاً في عضلات القلب مع اتصال بين البطينين ولقد أُجريت التحريات اللازمة سعيا وراء الزهري ولم تظهر علامة واحدة منه من الوجهة السريرية والتفاعل بقي سلبياً بعد ان حقن الزوجين بثلاث حقن سولفرسنول (Sulfarsenol)

واستعملت طريقة هاشت وداموليار وذلك في شهر ايار سنة ٩٢٣ . فاتفقت مع صديقي فينك برنتانو وبينت لهما ان الزهري هو العلة الوحيدة في ذلك الحبل المشؤوم الطالع ولو لم يظهر فيهما عرض واحد مع استعمال الطرق الحديثة ففكرنا بعدئذ في الزهري الارثي واشرنا بالمعالجة المضادة للزهري قبل وقوع الحمل وبعده فرضي الزوجان بالمداواة نظراً الى ذكائهما وعظم رغبتهما في الاولاد فحملت المرأة حملاً رابعاً في شهر شباط ٩٢٣ وثوبر على المعالجة من ٢٠ ايار الى ٢٧ حزيران اي الى الشهر الرابع من الحمل وكانت الكمية المأخوذة من السولفرسنول ٦,١٢ ثم ابتدأت المداواة الثانية في ١٨ تشرين الاول فولد الطفل الرابع في ١٩ تشرين الاول وبقي حياً الى يومنا هذا . وفي اواخر تشرين الاول سنة ١٩٢٤ وقع حمل خامس واخذت الام في شهرها الثالث من ١٨ كانون الثاني الى ١٥ ايار ١٩٢٤ ٨,٦٤ سولفرسنول وولد الطفل في حزيران سنة ١٩٢٥ قوي البنية وكان تفاعل واسرمان سلبياً في ايار سنة ١٩٢٥ . وفي شهر نيسان ١٩٢٦ ظهر حمل سادس ولكن المداواة المضادة للزهري لم تؤخذ الا في الشهر السادس من الحمل لان الام كانت بعيدة عن باريس وكانت الكمية المأخوذة ٧,٠٦ غرامات من السولفرسنول مع بعض حقن من السيانور وفي ٢١ كانون الثاني ألقت الام بعد ولادة طبيعية طفلة وزنها ٣,٦٠٠ كيلو غراماً وكان يتزايد وزنها ٣٠ غراماً في اليوم ولكن في اليوم الثامن بعد الولادة اعترت الطفلة تشنجات عامة استمرت عشرة ايام الى ان زالت بعد فرك جسمها بالمساحيق الزئبقية واخيراً وقع حمل سابع في حزيران ١٩٢٧ واخذت الحامل ٦,٦٠ غراماً من

السوائرسنول في شهرها الخامس من الحمل و١٦ سنتمتراً مكعباً من لحماة البزموت المكوفرة وذلك من ٨ كانون الاول ١٩٢٧ الى ٢٥ شباط ١٩٢٨ ثم ولدت الام طفلة نشيطة في ٢٧ شباط ١٩٢٨ وزنها ٢،٨٠٠ كيلو غرام ولقد اجري تفاعل واسرمان في الام في تشرين الاول ١٩٢٧ وكان طبيعيا بطريقة داموليار وكذلك في الطفل اثر ولادته .

وخلاصة القول : في الحمل الاول كان الولد طبيعيا دون معالجة قط وفي الحمل الثاني مات المولود في اليوم الاول من ولادته وفي اليوم الخامس عشر من الحمل الثالث على أثر آفة قلبية اما في الرابع والخامس والسادس والسابع التي اجريت فيها المداواة الزرنيخية فكان الولدان قويا البنية نشاطاً الا الطفلة التي ولدت في الحمل السادس وانتابها تشنج في اليوم الثامن من الولادة وزال بعد الفرك بمساحيق الزئبق .

ولا ننس ان المعالجة الزرنيخية لم تؤخذ الا مؤخرا اي في الشهر السادس من الحمل اما في الرابع والخامس والسابع فقد بوشر بالمداواة في الشهر الثالث والرابع والخامس من كل حمل وما سبب التشنجات التي شوهدت في الطفلة الا تأخير المداواة المضادة للزهري .

يصعب علينا في هذه المشاهدة ان نعلل سلامة الحمل الاول الذي لم تعالج المرأة في اثنائه اقل معالجة والحملين الثاني والثالث الوخيمي العاقبة اذن لا بد من وجود سبب متغلب هناك والبراهين المثبتة لداء الزهري في الاب والام والاطفال بالرغم من سلبية واسرمان هي :

١ً – كثرة الموت في الاطفال فالزهري هو السبب الاكبر (موت

الطفلين الثاني والثالث) .

٢ً — فعل المـداواة الزرنيخية الحسن في الاطفال الرابع والخامس والسادس والسابع .

٣ً — الاعراض التي ظهرت في الحمل السادس نعني بها التشنجات التي اعترت الطفلة في اليوم الثامن وكانت ناجمة من تأخير المداواة الزرنيخيـة وزالت بعد ذلك الابنة بمساحيق الزئبق .

ولربما احتج البعض قائلاً ان تلك الاعراض ممكن وقوعها دون ان يكون للزهري اثر غير ان تلك البراهين المتتابعة ترجح كفة الجزم في وجوده وان لم يكن هنالك اعراض سريرية ومصلية .

هذه هي الحقيقة التي ليس بوسعنا انكارها لان الحمل المشؤوم يدعونا الى التحري عن الزهري والى ترجيح داء الافرنج ولو كانت الاعراض السريرية غائبة وتفاعل واسرمان سلبيا بطريقة داموليار فاذا لم يجز لنا ان نثبت الداء في الحالة التي يكون فيها واسرمان سلبيا جاز لنا التفكير فيه ووجب علينـا اجراء المداواة المضادة للزهري قبل الحمل وفي سياقه على ان تكون تلك المداواة خفية في العائلات الجاهلة التي ترهب وجود المرض وظاهرة في العائلات المتعلمة مع شرحها لها كما فعلنا في الحالة السابقة .

اذن يلزم علينا في مشاهدات الحمل الوخيم العاقبة ان نتبع القواعـد المطردة في العائلة المصابة بداء الزهري دون ان نجزم في وجود المرض او عدمه وان تعطى المداواة في وقوع الحمل اذا كان تفاعل واسرمان سلبيا من اربع سنوات خلت على الاقل وكان الحمل السابق وخيماً او ظهر تشوش

في الاطفال المولودين او متى وجد الزهري الارثي في المرأة الولود واحدث تشويها في اعضائها ولا سيما اذا كانت تلك التشوشات قد انتقلت الى اولادها . والمداواة المتكل عليها في سياق الحمل هي المداواة الزرنيخية الجاوية غير ان المركبات الزرنيخية تحدث عراقيل خطرة وان كانت نادرة في النساء الحبالى ففي ٩٠٠٠ مشاهدة في مستشفى مار انطون لم يحدث الا موت واحد من الزرنيخ في امرأة حامل فتية مصابة بالزهري الارثي مع ايجابية تفاعل واسرمان . وعدا الحوادث المسببة من مركبات الزرنيخ نشاهد عوارض نوعية للحبل كنوبة (nitritoïde) الرحمية والمشيمية التي تفضي الى الاسقاط وقد اوردنا حادثتين من هذا النوع .

وعلى الطبيب ان يداوي المرأة الحامل بتعقل وحكمة اكثر من بقية المرضى وان يشير بالمداواة السهلة المنال وان يكف عنها لدى ظهور اول عرض على ان يعود في المستقبل . واذا كان الزهري منيعاً على المداواة الزرنيخية يستعمل البزموت وقد تكون منه نتيجة حسنة كما في الحالة التي اوردها الآن : امرأة فتية عمرها ٣٤ سنة مصابة بزهري ارثي اسقطت خمس مرات من سنة ١٩٠٩ — ١٩١٢ في الاشهر الاولى من الحمل على الرغم من المداواة الزئبقية وكان تفاعل واسرمان في ١٩١٣ ايجابياً فعولجت بالزرنيخ ولكنها لم تلبث ان اسقطت في الشهر السادس وتلقت في الحرب الكبرى سلسلة غير منتظمة من ٩١٤ ولكنها اسقطت ايضاً في ١٩١٧ في شهرها الخامس . وفي سنة ١٩١٨ بعد اخذ كميتين ٥،٢٥ و ٦ غرامات من ٩١٤ حملت حملًا طبيعياً وولدت طفلًا مات في اليوم الخامس وفي كانون الثاني ١٩١٩ كان

تفاعل واسرمان ايجابياً فاخذت المرأة من ٩١٤ ستة غرامات مع سيانور الزئبق ثم ٥,٢٥ من ٩١٤ ولكن التفاعل لم يزل ايجابياً بعد كل هذه المعالجة وكان الحمل الذي وقع في ١٩٢١ وخيماً لان الوليد خلق في الشهر الثامن ثم فارق الحياة بعد خمسة عشر يوماً من الولادة فيئست المرأة من حالتها ولم نعاينها الا في اواخر شهر شباط ١٩٢٣ وكان بدء الحمل ظاهراً فيها وقد فقدت طمثها من اول كانون الاول ١٩٢٢ وكان التفاعل ايجابياً والمريضة رفضت المداواة الزرنيخية فاجريت لها سلسلة من البزموت وبعد العلاج الثاني كاد يكون تفاعل واسرمان سلبيا فيها . وفي انتهاء الحمل كان سلبيا واضحا ووضعت المرأة اخيراً ولداً وزنه ٣١٥٠ غراما فعاش ولم يطرأ عليه حادث حتى الآن .

هذه هي صعوبات المداواة واهميتها في المرأة الحامل ولكنها اخف وطأة من الزهري الذي لم يعالج فعلينا اذن ان نعالج الحامل المصابة بالزهري او المشكوك في اصابتها معالجة قوية دون ان نعبأ بهذه المخاطر وهذه المعلومات الجديدة التي تمكن الاطباء من مكافحة الزهري في الحبل المشؤوم رغم غياب الاعراض السريرية وسلبية واسرمان وتدعوهم الى المعالجة النوعية وتمكن الحوامل من ولادة الاطفال الاصحاء .

معالجة السرطان بالادوية الكيماوية

لوريش :

قدم الاستاذان غرنفلت وأم (grynfeltt,Aimes) الى الجمعية الطبية في مونبيلية تقريراً عن مداواة السرطان بالادوية الكيماوية ادعماه بالبراهين الاختبارية والمشاهدات. وقد اختبر لوريش ذلك عشرين سنة وسنأتي على ارائه. كان جابولاي (Jaboulay) يستعمل ملاح الكينين ويعتقد بفائدتها وادعى غوب وجرس (gaube , gers) ان ملاح النحاس مفيدة في بعض انواع السرطان وتوصل واسرمن الى شفاء الاورام المحدثة اختباراً في الفيران بتجريعها ملاح السلنيوم. ثم جرب دوبار (Dubar) ودلبه (Delbet)ملاح المغنزيوم في تبديل البنية السرطانية فوفقا واضاف روبن (Robin)الى المغنزيوم الكلس والصوان والحديد. ويعتقد بلربل (Blair Bell)بفائدة ملاح الرصاص

استعمل الاستاذ لوريش منذ سنة ٩١٢ بعض هذه الادوية فلم يجن مرضاه من السلنيوم فائدة تذكر. غير ان طبيباً قد اصيب بالسرطان فاستعمله بدقة وقد شفي. وللسلنيوم محذور كبير وهو احداثه تفاعلات شديدة.

المغنزيا : جني منها بعض الفوائد وقد تم الشفاء بتأثيرها في حادثتين : سرطان كبدي وسرطان معوي. ويرتأي دوبار اشراكها مع حمض الفوسفور اذ ثبت لديه فائدتها حتى انه اخذ يعدل عن اجراء التوسطات الجراحية في بعض سرطانات المعدة. ثم اخذ دلبه بالبحث غن فائدة ملاح المغنزيوم فاثبت فائدتها في وقاية السرطان.

النحاس : جرب لوريش ملاح النحاس الغروية فلم تفد الا في تسكين الألم فقط واستعملها في سرطان معدي فهجعت الآلام ولم يتبدل سير المرض وقد مات المريض بعد ثلاثة اشهر متأثراً من نزف داخلي غير انه لم يشك الألم طول هذه المدة .

اشراك الخمائر بالمغنزيا : جرب لوريش ذلك في رجل له من العمر سبعون عاماً مصاب بسرطان الركبة فشفي .

الكينين : جربه لوريش في مريضة مصابة بسرطان المرارة فهجعت الآلام ولم يتبدل سير المرض .

طريقة لوريش الحالية : يستعمل لمرضاه المصابين بالسرطان سواء بضعوا ام لم يبضعوا حقناً في باطن الورم او تحت الجلد مركبة من زيتات (oleate) النحاس والمغنزيا المضاعفة ويعطي داخلاً اقراصاً من الصوان والمغنزيا .

ش . م ش .

غادرنا الزميل الفاضل الدكتور شوكة القنواتي الى ديار الغرب موفداً من قبل الحكومة على اثر اقتراح عميد الجامعة السورية الاستاذ المحترم رضا بك سعيد ارساله للاختصاص بفن الولادة وامراض النساء .

هذا وان ما اتصف به هذا الشاب من علو الهمة والنشاط يجعلنا نأمل له مستقبلاً زاهراً وفقه الله واعاده الينا سالما مزوداً بما ينفع بـه بلاده من علم وعمل .

الجزء ٦ المجلد ٨

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في حزيران سنة ١٩٣١ م الموافق لمحرم سنة ١٣٥٠

تناذر syndrome زحاري الشكل

مصلي المنشأ عولج بالأمتين

للدكتور ترابو استاذ السريريات الطبية وطبيب المستشفيات العسكرية

ترجمها الدكتور عزة مريدن الطبيب الداخلي في مستشفيات دمشق

ذكر المؤلفون بين عوارض الاستمصال (sérothérapie) الاسهال مع اختلالات هضمية مختلفة دون ان يعلقوا عليه شيأ آخر غير اننا لم نصادف في حياتنا الطبية مشاهدة شبيهة بالمشاهدة التي نوردها حيث كان الاسهال بعدده اليومي المتزايد يتجلى بمظهر زحاري الشكل (dysentériforme) فخليق بنا والحالة هذه ان نضم الى الاشكال السريرية المعروفة لمرض المصل الشكل الحمي ، المفصلي ، الشروي (urticarienne) والفرفري (purpurique) شكلاً جديداً ندعوه بالشكل الزحاري وهذه مشاهدة مريضنا :

المدعو س . . من الفرقة الثالثة والثلاثين للممرضين العسكريين وصل الى الشرق آتياً من مرسيلية في ١٦ آذار وبعد ان مر اسبوع على وصوله ادخل في شعبة امراض الاذن والانف والحنجرة في مستشفى القديس حنا في بيروت لاصابته بخراجة اللوزة وفي ٢٩ منه علت حرارته فجأة ورافقها وعك عام فكان ذلك داعياً الى نقله لشعبة الامراض الداخلية وفي ٣٠ منه صباحاً أصغي الى صدره فكشفت فيه بؤرة كبيرة تسمع فيها خراخر فرقعية خفيفة (sous crepitant) حذاء قاعدة الرئة اليمنى وكذا تحت الترقوة اليمنى وشكا المريض اثناء ذلك ألماً حاداً في المعصم الأيمن مع انتباج الناحية المشطية واحمرار الجلد وتحدد حركتي العطف والبسط لشدة الألم واليد ثابتة في وضعة البسط فضمد المعصم بالشاش وثبت بقطعة من الخشب وبوشاح (Echarpe) ؛ ولم يكن المريض أصيب برثية ولا بسيلان وفي ٣١ منه علت الحرارة الى الاربعين ولم تكن صفصافاة الماتيل لتخفف شدة آلام المعصم واما العلامات الرئوية فاستمرت فحقن المريض في ذلك اليوم واليوم الذي تلاه بثمانين سم٣ من المصل المضاد للمكورات الرئوية المتعدد القوى (serum antipneu-mococcique-polyvalent) وفي ٢ نيسان خفت الخراخر في القاعدة اليمنى وزالت آلام المعصم جميعها والتورم والاحمرار والعجز (impotence) فحررت اليد من جهازها غير ان توقيف المصل المضاد للمكورات الرئوية عشية ذلك اليوم لم يمنع المعصم عن ان يصاب بدوره مع انتباج وحرارة موضعية وآلام حادة وعجز وظيفي فثبت هذا ايضاً بقطعة من الخشب وضماد من الشاش ووشاح وثوبر على الحقن بالمصل يومياً بالمقادير السابقة وفي ٦ نيسان زالت الاعراض المفصلية من المعصم الايسر وفي ١٣ منه كان المعصمان سليمين وكان مجموع ما حقن به المريض من المصل ٦٠٠ سم٣ ولم يبق من العلامات الرئوية سوى بعض احتكاكات جنبية في القاعدتين غير ان المريض اصيب منذ ثلاثة ايام باسهالات متكررة واعترته في ١٤ نيسان عوارض مصلية متصفة بآلام مفصلية حذاء المفاصل التي كانت مريضة مع مندفعات أنجرية (ortiées) وصفية متعممة في سائر الجسم واما الاسهال فقد استمر في الايام التالية وكان عدده ١٢ — ١٥ مرة في اليوم وما زال آخذاً بالازدياد حتى بلغ ٢٥ مرة في ١٦ نيسان وكان البراز غزيراً سائلاً مخضباً بالصفراء احياناً بدون قداد (épreinte) ولا زحير (tenesme) ولا مخاط ولا دم . واما الفحص المجهري المتكرر فلم يكشف الا توسفاً معوياً بدون متحولات (amibes) ولا اكياس

وقد نحل المريض وفقر دمه وفي ١٥ نيسان فحص الدم فكانت النتيجة كما يلي :

الكريات الحمراء		٣,٤٦٧٥٠٠	
الكريات البيض		٩٥٠٠	منها :
كثيرات النوى المعتدلة	—	٨٤,٣	٪
كثيرات النوى الحامضة	—	٢	٪
وحيدات النواة الكبيرة	—	٨,٤	٪
بلغميات (Lymphocytes)		٤	٪
اشكال انتقالية	—	١	٪

ثم زالت العوارض المصلية من احمرار وآلام مفصلية بعد ثلاثة ايام وقد عولج المريض بالأمتين منذ ١٥ نيسان فكان تحسنه كبيراً فان الاسهال نقص عدده بعد اربعة ايام الى مرتين واستعاد المريض قوته وتورد وجهه وزاد اشتهاؤه واقتربت حرارته من الدرجة الطبيعية .

❀❀❀

هذه هي مشاهدتنا الجديرة بالانتباه وعلينا ان نحفظ منها اولا تأثير المصل المضاد للمكورات الرئوية الحسن في الاصابات المفصلية وكان مريضنا من زمرة المصابين بادواء المكورات الرئوية القادمة من فرنسة مع جنودنا الفتيان — وفي هذه الزمرة اصيب مريض بذات الرئة الصريحة فدمرقلت بالتهاب متقيح في مفصل المرفق الايمن وقد كاد الجراح يتوسط لو لم يمت المريض من آفته الرئوية وان ظهور التهاب مفصل المرفق المتقيح بهذه السرعة العجيبة في هذا المريض قد دعانا الى استعمال مقادير كبيرة من المصل لمريضنا الاول الذي ما لبث التهاب معصميه ان توقف رغم انه كان سائراً الى

التقيح ودليلنا على ذلك شدة الاحمرار وعلو الحرارة والانتباج ففعل هذا المصل العجيب اذن جدير بالذكر غير ان مشاهدتنا تتعلق بالتناذر الزحاري الشكل الذي ظهر في المريض مصاحباً لبقية العوارض المصلية واول ما خطر لنا ونحن امام هذا المريض إصابته بالزحار لانه في بيئة موبوءة بهذا الداء غير اننا لم نلبث ان نبذنا هذه الفكرة استناداً الى الفحوص المخبرية المتكررة (خمسة فحوص متوالية) التي لم تكشف المتحولات فيها والى فقدان العلامات السريرية المعتادة فلا زحير ولا قداد اثناء التغوط ولا مخاط ولا دم في البراز وقد علمنا ان مريضنا أَبحر منذ اسبوع من مرسيلية آتياً الى بيروت دون ان يترك الباخرة في طريقه ابداً ثم عسكر زهاء اسبوع في معسكر خال من الزحار المتحولي وعرفنا انه كان قد اصيب بنوب اسهال مصلية المنشأ ايضا اعترته على اثر حقنه بـ ٤٠ سم٣ من المصل المضاد للخناق ولم يكن اصيب قبل تطبيق المصل باسهال ابداً وقد تقدمت اسهالاته ببضعة ايام المندفعات الخارجية على ان باستور فاليرى رادو ذكر شيأً شبيها بهذا وهو تقدم التهاب العقد البلغمية المزمن المتعمم المصلي على المندفعات ولما كان للأمتين في هذا المريض فعل حسن بانقاصه عدد التغوطات فان هذه القضية تهمنا من جهتين : اولا لكون الامتين لا يفعل فقط في الاسهالات المتحولية المنشإ وثانيا لان الاسهال الزحاري الشكل نوع جديد لم يذكره احد من المؤلفين حتى الآن بين عوارض الاستمصال جدير بان يضاف الى الاشكال السريرية الاخرى المعروفة .

في السرطان

للدكتور لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الدكتور عبد الحليم العلمي

السرطان مرض يتصف بتكاثر الخلايا، تكاثراً شاذاً فوضوياً، يؤدي الى تشكيل ورم في احد ارجاء العضوية، لا يلبث ان يأخذ في النمو، فيطمو على النسج المجاورة ويخربها، وتفرز خلاياه مواد سامة، تنتشر بالطريقين البلغمي والدموي. وهو ورم خبيث، اذا استؤصل ينكس، ويؤدي بسبب ما يجلبه من التخريب والتسمم، الى فناء العضوية فناءً لا مرد له.

ان كلمة السرطان، المستعارة من اسم السرطان البحري «carbe»، توافق كل الموافقة لهيأة الورم السرطاني، من حيث كثرة تفرعاته المتشعبة في النسج المجاورة، التي تقابل الارجل الملقطية الشكل، والقوائم العديدة من جسم الحيوان المذكور.

وينقسم الورم السرطاني من حيث منشئه الى ورم بشري او ابتليوما، ويتكون في اعضاء خلاياها بشرية (ابتليالية)، والى ورم ضام او عفلي (سار كوم) وينمى في النسج التي تؤلف اسس اجهزتنا المختلفة، والى ورم مضغي (embryome) لا ينمى على النسج الكهلة بل من تشوهات مضغية تشابه بتركيبها بعض الشبه نسج المضغة (embryons) نفسها والعادة في سير

المرض انه يبدأ بعقيدة صغيرة قاسية ، غير واضحة الحدود ، ليس في محيطها تفاعل التهابي، وهذه هي الصفحة الموضعية « phase local »، ثم يمتد النسيج الجديد التشكل ، من هذه البؤرة الوحيدة ، الى ما جاوره ، مستولياً على العروق البلغمية (lymphatiques) والدموية وهي الصفحة الناحية «phase ré-gionale » ، فينتقل بواسطتها الى مسافات متفاوتة البعد وهي صفحة التعمم « p.de génèralisation » فينجم من ذلك ظهور اورام تالية ، تشبه نموذج الورم الاصلي ، من حيث التركيب الخلوي .

ومما يجدر ذكره ، كون السرطان غير مؤلم في بدئه حتى في قسم كبير من ادوار نموه، الامر الذي يجعل المرضى ألا يعودوا طبيباً اذ ذاك، وان عادوه ففي زمن انتشار الآفة ، اي حين يصبح التوسط الجراحي صعباً وعاجزاً عن قطع شأفتها مع ان نزفاً خفيفاً يعتري المريض فوراً وبدون ما سبب او نزفاً يحدثه رض خفيف كان كافياً لتنبيه افكار المريض. وهذا النزف علامة جيدة تدل على البدء : فالبيلة الدموية (hematurie) ، والنزف الرحمي ، والتبرز الدموي، تعد خير كاشف لسرطان دفين في الكلية ، او في المثانة، او في عنق الرحم، او في الانبوب الهضمي .

وقد تكون صعوبة اجراء الوظيفة احياناً ، او التشنج المؤلم ، منبهاً هاماً كما ان الانسداد المعوي الجزئي ، او نوب القولنج فيه قد تدل على سرطان القولون ، وعسر البلع يدل على سرطان المريء .

وتنمو الآفات الباطنة نمواً خضبا في مدة طويلة ، ومتى كان السرطان سهل المنال كان التفكر به واجباً في كل ورم ، او تقرح ، يظهر

وهلة في كهل او شخص ناهز الخمسين من عمره .

واول ما تحرى في الورم الصلابة ، فكل عقيدة صلبة القوام ، مبهمة الحدود ، غير مظروفة ولا مؤلمة ، او كل تقرح مستقر على قاعدة قاسية ، او عقيدة ظهرت دونما سبب بين، في كهل كافية للفت انظارنا الى السرطان وبناءً على ذلك ، يجب ان نبادر حالا الى اجراء مس شرجي او مهبلي ، في كهل او شيخ يشتكي فقر دم ، او هزالاً ، او تشوشات مبهمة عامة بدون ان يعرف سببها فلعل سرطانا يكون قد استتر وراءها ومتى رأينا غشاءً مخاطيا كالرق (parcheminée) او بقعة صلبة دامية لأقل مس كان علينا ان نضع السرطان امام اعيننا والخزعة «Biopsie» وحدها هي التي تجلو لنا التشخيص في حالات التردد بين السرطان وورم آخر سليم ، او آفة التهابية مزمنة ، وتؤخذ هذه من منطقة التكثر ، التي طمت على النسج المجاورة السليمة بملقط ومجوب (emporte pièce) او بمشرط ، او بمقص وملقط مسنن ، ثم تلقى في سائل مثبت كسائل بوان او في الفورمول ٥ ٪ او الكحول ٩٠° ويرسل بها للمختبر. ولنذكر ان في اخذ الخزعة كل الخطر وهو تجدد المستعمرات السرطانية او هجمة ذات العروق البلغمية ، فلا يجوز اخذها الا في حالات الشك التام او في بدء الورم ، واذا عاد الجواب مثبتاً في سرطان الثدي وجب استئصال الثدي في الوقت نفسه.

وهناك طرق فحص مستعجلة ، تمكن النسجي من اعطاء الجواب في ٤ — ٥ دقائق بعد اقتطاع الخزعة وهي طريقة التجميد (congélation)

ومن وسائط الفحص التي تستخدم في بعض الحالات ، التنظر الداخلي

(اندوسكوبي) ، والتنظر الشعاعي (راديوسكوبي) والتصوير الشعاعي (راديوغرافي) ، كما ان المختبر يعيننا على تحري الخلايا السرطانية في المائع ، وعلى اظهار النزوف الخفية، وحينما يكون تفاعل بوتـللو (Bothello) (وهو تفاعل خلطي) مثبتاً تكون له بعض القيمة في التشخيص ، ويجب اجراء فتح البطن الاستقصائي حينما لا تكفي الفحوص الاخرى لاظهار الحقيقة.

ان نمو الورم المتتابع وامتداده سطحاً وعمقاً ، يلفتان نظرنا الى دور الصولة الذي يوافق الصفحة الناحية المذكورة سابقاً . فالصلابة، والنزف، وتشوش الوظيفة ، لا توجب الشك في علامات الاحتمال بل تلحق بعلامات اليقين.

اذا اصيبت العقد تصبح صغيرة ، صلبة ، متحركة في ساحة الناحية المصابة، واحياناً في الساحة المقابلة لها وتلتصق اخيراً بالجلد ثم تتقرح عليه ، وتفترق العقد الملتهبة عنها بكونها اكبر ، واشد ايلاما ، ومحاطة بمنطقة التهابية ، واذا اختلط الالتهاب والسرطان في العقدة ، تتقيح اولاً ، وتتقرح اخيراً .

واذا اخذ السرطان في الازدياد ، يصل الى دور التعمم ويستولي على الاعصاب ، او يضغطها ، فتصبح الآلام المحتملة آلاما مبرحة ، وتكثر النزوف وتتكرر ، وتتعفن القروح ، ويؤدي الامر في النتيجة الى حصول ذات الوريد (phlébite) او ذات الرئة والقصبات . او ينتقل المرض للكبد التي تضخم وتقسو وتتحدب (Bosselé) ، او للرئة التي تبدي مناطق مظلمة على درئية التنظر الشعاعي ، (écran radioscopique) او للعظام التي ترى فيها فجوات (lacunes) عديدة ، او لكل الاحشاء بصورة متعممة ،

فيهزل المريض المسموم بنتاج الآفة السرطانية تدريجا ، ويفقر دمه ، ويشحب اونه ، ولا تلبث ان تظهر فيه الوذمة (œdème) ، ثم تنطفيء شعلة حياته بالدنف (cachexie) السرطاني ، فتارة تكون هذه المدة سريعة جداً اسابيع او اشهراً ، وطوراً تمتد حتى السنة واكثر ، وهكذا يهلك بالسرطان ما يقارب ٤٠,٠٠٠ نسمة في فرنسة ويموت ما ينيف على ٥٠٠,٠٠٠ نسمة في انحاء المعمور المختلفة .

❀ ❀ ❀

هذا هو كل ما يعلم ويقال عن السرطان تقريباً ، فشيوعه وخطورته مع السل وداء الافرنج وداء الكحول هي لعمري احدى رزايا البشرية المفنية لها . واما سببه ، نعم سببه ، ذلك البحث الذي تتوق النفس الى معرفة كنهه ، فهو المسألة المعقدة ، بل اللغز المبهم ، والاحجية التي لم ولما تحل ، لان المرض عدا تظاهراته السريرية او النسجية يبقى محتفظا بسره .

ان العمل الوحيد الذي يتطلب منا هو التشخيص والمداواة الباكران ، وها هما النقطتان اللتان لا افتأ ألح عليكم بهما وقد لخصوا له بضعة اسباب مهيئة : منها تأثير السن ، وهو امر مؤكد ، اذ ان السرطان اكثر مايلاحظ في الكهول والشيوخ ، بين ٤٠ — ٦٠ سنة . ومنها تأثير الجنس ، الذي يجعل توضع السرطان مختلفا ، فسرطان الانبوب الهضمي يلاحظ في الرجل اكثر من المرأة ، وسرطان الاعضاء التناسلية يُرى في هذه اكثر من الرجل ويقول لوميار ان السرطان يظهر على نسج او اعضاء مصابة اصابة سابقة او

على آفات ندبية مرت مدة عليها .

وبعض المهن التي تستعمل فيها بعض المواد الكيماوية ، كالانيلين والقطران ومشتقاته، تدفع للسرطان جزية كبيرة كما ان الاشعاعين (radiographes) المعرضين للمخرشات الطبيعية ، يذهبون غالبا ضحية مهنتهم بظهور سرطان الاشعاعيين فيهم. ولا ينكر ما للرضوض المكررة ، والحك واستئصال الاورام السليمة استئصالا ناقصا ، من التأثير في ظهور السرطان وليست المخرشات الآلية باقل تأثيراً من ذلك ، فان السن النخرة تعرض صاحبها لسرطان اللسان ، وكتلة الغائط لسرطان الشرج .

ولم يثبت حتى الآن ان رضاً وحيداً فجائيا يكفي لاحداث السرطان ولو نسب المرضى اليه ذلك كما هو الامر في سرطان الثدي الذي تنسبه المريضة الى صدمة اصابت ثديها. فما هذا الا صدفة يقتنع بصحتها فكر المريضة واذا كانت جميع المخرشات الكيماوية والطبيعية (physiques) والآلية (mécaniques) تحدث آفات مزمنة وندبية في النهاية او ما نسميه حالات سابقة للسرطان قد تفضي الى سرطان حقيقي ، او بالاحرى الى سرطانات فان السرطان باستطاعته ايضا ان يظهر في النسيج السالم .

ومن الاسباب ايضا السراية والوراثة ، فقد ذكروا قرى ومنازل سرطانية ، واقفاصاً سرطانية للفيران المستخدمة في التحريات المخبرية .غير ان كل هذا لا يخرج عن دائرة الصدفة لانه لم يقم حتى الآن الدليل على صحته فليس السرطان معديا كما يتبين من التحريات ولا هو منتقل بالارث مباشرة ولعله لو ورث الشخص استعدادا او لعل الحرض (arthritisme)او الزهري

صالحة لنموه والحقيقة هي ان السرطان يظهر غالباً في الافرنجيين، كما ان التربة القابلة للتسرطن ، تتهيأ اولاً حسب رأي بعضهم بنقص بعض الملاح المعدنية او حسب رأي الآخرين بنقص مفرزات الغدد ذات الافراغ الداخلي التي شاخت في زمن الاياس (ménopause) .

وربما كان للماء بعض التأثير فملاح البوتاس تهيىء للسرطان او تناسبه . ملاح الكلسيوم والمغنزيوم تمنعه ولكن كل ما ذكر من الاسباب المعاونة عاجز عن ان يفسر لنا سبب تحول الخلايا الطبيعية في بعض الاشخاص الى خلايا سرطانية في زمن من ادوار الحياة مع ان في هذا التعليل كل المسألة ، فالنسجيون الذين يرون السرطان على المقاطع ، ينسبونه الى الحوادث الخلوية والجراحون الذين يتقون هجرة السرطان وانتشاره يتفكرون في منشئه العفني ولعل العامل المرضي حمة راشحة (virus filtrant) لم تكشف بعد لان جميع التحريات التي قام بها العلماء حتى الان لم تثمر .

وقد زعم « غي Gye » من لوندرة انه توصل الى استنبات الحمة الراشحة في الورم العفلي (السار كوم) العفني في الدجاج والتلقيح بها هو امر لا يزال قيد المناقشة .

كيف يتسنى لنا اذن ان ندفع هذا البلاء ونقاومه؟ يتم لنا ذلك بان نبذل جهدنا ، ونسعى طاقتنا لتعديل التربة القابلة للتسرطن ، وذلك بمعالجة الزهريين معالجة جدية حتى الشفاء ، وبملاحظة المصابين قديما منهم بعد عقدهم الرابع . ولنعلم كل العلم ، ان الآفة السرطانية في مصاب بالزهري ، لا ولن تحسن بل بالعكس تشتد ، اذا وجهت اليها المعالجة التجربية . ويجب

حذف كل سبب موضعي مخرش ، وكل مرض خفيف متكرر ، وكل ندبة معيبة ، وآفة التهابية مزمنة ، كالتهاب الثدي والقروح والبواسير ولويحات الطلا (leucoplasie) وتكثفات (crones) الشيخوخة والخ ولاسيا في الأسر المصابة قبلاً بحالات سرطانية .

ويلزم لزوماً مبرماً ، استئصال الاورام السليمة ظاهراً ، كالاورام الغدية والاورام الحليمية ، دون تخريشها بالمعالجات الملطفة ، التي تذهب ادراج الرياح .

ويجب اجتناب كل ما من شانه اخلال توازن العضوية ، اخلالاً مادياً او معنوياً ، واتخاذ الوسائط الصحية بكل ما في هذه الكلمة من معنى ، لكي يبقى ذلك التوازن .

ومتى ذهبت هذه الطرق الواقية بدون جدوى ، نطرح آنئذ مسألة المعالجة على بساط البحث .

وهناك سؤال يطرحه كل انسان وهو هل السرطان قابل للشفاء ؟ ؟ نعم . اذا عني بالمعالجة امكن تأجيل امد الحياة الى عدة سنين ، ٢٠ — ٢٥ سنة ، اذا ازيلت الآفة منذ بدء الصفحة الموضعية التي تكلمنا عنها . وكلا . اذا مرت هذه الصفحة الى الصفحة الناحية ، لان الموت يصبح على قاب قوسين او ادنى ، ولكن ما لا يدرك كله ، لا يترك جله ، فقد قال روغو (Regaud) « اذا صعب اتقاء السرطان فليتق الموت بالسرطان بمداواته مداواة عاجلة » . فالتشخيص الباكر ، اذن يعد من الأسس الهامة ، بل هو كل الاسس ، لان الطريقة الوحيدة لايقاف السرطان عند حده ، هي هدمه وتخريبه منذ

تشخيصه بدون اقل إبطاء .

ولا يستطاع هذا التخريب الا اذا عولج في بدئه ، اي في صفحته الموضعية ، او في صفحته الناحية على الاقل وليعلم ان التخريب الموضعي ، متى استطيع اليه سبيلًا يعدّ وهميا متى هجرت الخلايا السرطانية .

فالتشخيص الباكر ، والتوسط الباكر ، هما عنصران اساسيان في شفاء السرطان ، أياً كانت صيغته النسجية والانذار المستند الى هذه الصيغة يكون غالباً خادعاً .

السرطان يشفى ، ولكن اذا خرب في مرحلته الاولى، وطريقتان تمكناننا من ذلك وهما المعالجة الجراحية والاشعاع . وقد جربت اللقاحات والمصول وخلاصات الغدد والخ... ولكنها باءت جميعها بالخذلان. فالجراحة وحدها ، هي التي تنتزع المرض من جذوره ، انتزاعاً واسعاً ، بسلخ جميع المنطقة المشتبه بها ، مع جميع التشكلات الجديدة فيها ، والانتشارات البلغمية ، ويجب تجاوز حدود الآفة ، زهاء اربعة سنتمترات على الاقل وازالة الورم برمته كتلة واحدة ، مع كل ما له علاقة به ، من العقد ، والاوعية البلغمية ، والنسيج الخلوي المحيط بالورم ، ولنسر في عملنا من الاقسام السليمة الى المريضة، فنكون قد قطعنا حبل الصلة، ومنعنا الهجرة، بين البؤرة السرطانية وانحاء البدن الاخرى .

ولينتبه الى طهارة خلايا الجرح ، ولتبعد الطعوم (greffes) الممكن حصولها بتغيير القفازات والآلات الجراحية بعد كل زمن من ازمنة العملية التي هي انتزاع المنطقة العقدية واستئصال الورم وخياطة الجرح — ولا يجوز

ان ترشف الدماء بالرفادة نفسها ، اكثر من مرة واحدة، وليستعمل المشرط الكهربائي الذي يعقم وهو يقطع، ويغلق سبل الهجرة حيث سار والخ...والخ...

وليعلم انه اذا بقيت منطقة مزروعة، فالنكس الموضعي حاصل لامحالة، واذا اهملت عقد منتنة فالنكس يصبح ناحياً، واذا عولج السرطان في الزمن الاخير ، تحصل تنقلات جمة فالتوسط في الزمن المناسب هو كل شيء ،فاذا أجريت العملية جيداً وخربت الآفة تخريباً واسعاً (والجراحة وحدها تقوم بذلك) منذ بدئها وقفت سير الآفة بضع سنين ، ومتى مرت ثلاث سنوات جاز لنا القول ان الآفة قد شفيت غير ان هذه القاعدة لا تخلو من الشواذ فالنكس بعد ٥ — ١٠ — ٢٠ سنة ممكن الحصول، لان الانتقالات المتأخرة تأخذ في النمو بعد حذف البؤرة الاصلية .

❀❀❀

والاستشعاع بالاشعة المجهولة او الراديوم ، يخرب كلها السرطان بقتله خلاياه الامهات حين انقسامها، والسرطان يتأثر بالاشعاع، (radio-sensible) كلما كان عدد خلاياه الآخذة في الانقسام كثيراً ولهذا فان اشارة الانقسام النووي (index karyokinétique) المتحراة اولاً ، تمكننا من تعيين قوة الاشعة التي يراد توجيهها وحدتها بصورة تقريبية ، لانه اذا لم تطبق الكمية الكافية من الاشعة دفعة واحدة ينكس السرطان ، ثم تمسي خلاياه البنات منيعة على الاشعاع فليلجأ بهذه المعالجة الى اختصاصي ماهر ، مجهز

بأتم الآلات واحدثها .

ولا تفعل الاشعة جيداً الا في السرطانات السطحية ، كما لو كانت في الوجه ، او الجلد ، او عنق الرحم ، وهي في الوقت نفسه افضل الانواع الصالحة للجراحة، ولا تفعل الا بصعوبة في السرطانات العميقة ، كسرطان الانبوب الهضمي ، او الكلية ، او الرحم والخ التي هي اشد خطراً والتي في شفائها بالاشعة وبدون الالتجاء الى الجراحة الباترة كل الفائدة ويجوز ان تشترك الاشعة والجراحة معاً ، ولكن لم يتفق بعد على استطباباتهما .

ولا تكون المعالجة الا ملطفة متى قدم العهد على السرطان ولم يعالج او متى تعمم او نكس ، لان الجراحة لا حيلة لها فيه حينئذٍ وتقتصر معالجته على المعالجة الطبية .

فالجراحة تنظف ، الجراحة تطهر ، الجراحة تزيل الكتل المبرعمة (bourgeonnantes) وتمنع النزوف المكررة،بالجرف او بالربط البعيد ، كما في سرطان اللسان، والجراحة تبطل الآلام، بقطعها الطرق الناقلة لها ، وتزيل الضغط عن الدماغ ، اذا كان الورم دماغياً ، وتحول مجرى المواد ، اذا كان مقر الورم في المعى، وتغير مسير البول اذا احتاجت المثانة الى الراحة والخ...

والاستشعاع الخفيف يخفف الألم ويعقم البراعم ، ويسهل للجراحة عملها ،والاستشعاع الشديد يبعث في البنية سموماً مميتة .

ويستعمل الاستحرار (دياترمي)والكاويات متى لم يكن سبيل الى الاستشعاع والمعالجة الطبية ، تحفظ الحالة العامة ، وتقوم بحقن الملاح نظيرة الغراء colloïdaux القاتلة لخلايا السرطان (كالنحاس والسلنيوم) او

المواد المشعة الفعالة (radio-active) (كبرومور المزوتوريوم) (bromure de mesothorium) التي من خواصها انها تبطيء فعل التشعب .

وتسكن الآلام بالمسكنات (كالباتثوبون والمورفين) ' بان نبدأ بالمقادير الخفيفة منها لاجتناب الاعتياد وبذلك تطول ساعات الحياة ' وتصبح النهاية أخف مشقة .

هذه هي الاسلحة التي نتذرع بها اليوم ضد السرطان . وقد ظهر بريق امل آخر ولكننا نقول حتى الآن ان الجراحة او الاستشعاع لا يشفي الا اذا لم يتجاوز السرطان صفحته الموضعية ' فالشفاء اذن متعلق بالتشخيص الباكر ' الذي نتوصل اليه ' بعلاماته المحتملة دون ان ننتظر علاماته الاكيدة . اذ باجراء التخريب الواسع ' واستئصال شأفة المرض ' منذ بدئه وبدون اقل ابطاء ننجي كثيراً من ضحايا السرطان . وهو الهدف الاسمى الذي نرقبه ' والضالة المنشودة التي نصبو اليها .



نتائج تفاعل السائل الدماغي الشوكي الايجابي

او السلبي في سياق الزهري بعد جهود ثلاثين سنة

« ٥ »

للاستاذ بول رافو عضو المحفى الطبي الفرنسي وطبيب مستشفى
القديس لويس في باريس
ترجمها الدكتور عزة مريدن الطبيب الداخلي في مستشفيات دمشق

« الفصل الرابع »

« مصير الزهريين الذين ابدوا تفاعلات سلبية في سائلهم الدماغي الشوكي »

ان ما ذكرناه في الفصل السابق من المشاهدات العديدة اظهر بكل جلاء سير تفاعلات السائل الدماغي الشوكي سواء أبقيت كامنة أم انتهت بظهور علامات سريرية مختلفة : وأرى ان الفائدة تقضي بايضاح مصير الزهريين الذين كانت تفاعلات سائلهم سلبية او الذين لم يظهروا الا تفاعلات خفيفة جداً كزيادة بسيطة في الخلايا او في الآحين سواء في بدء زهريهم او ابان سيره .

وأرى من الضروري توجيه النظر الى بعض نقاط معينة : فرب سائل بقي سلبياً طيلة سير الزهري . ورب آخر اصبح سلبياً بعد ان كان ايجابياً ولم

يظهر اقل عرض سريري كما بينته المشاهدات السالفة واخيراً فرب سائل امكن جعله سلبياً كما يرى في سياق بعض اشكال الزهري العصبي وسأطرح من هذا الاحصاء الزمرة الاخيرة للسوائل السلبية لانـه على الرغم من تمكننا من جعل السائل والدمسلبيين لا نقوى على منع علامات الزهري العصبي عن الظهور مرة اخرى . وقد بددت هذا الوهم منذ عهد طويل بعد ان عرفت ان الزهري العصبي قد يتمم سيره وتكامله رغم ان تفاعلات المرضى اصبحت سلبية سواء أبالمعالجة العامة أم بالحقن الفقارية . وسأعود الى هذه النقطة حين البحث عن طرق المعالجات المختلفة للزهري العصبي ، وهذه الحوادث نادرة غير انها موجودة وعندي ان تفاعلاً سلبياً ظهر تحت تأثير الشروط المذكورة لا يكفل سلامة الجملة العصبية في الحال او المستقبل بدرجة تفاعل كان سلبيا دائما واني لا أعتقد انه متى كانت تفاعلات سلبية قد تكون تقدمتها تفاعلات ايجابية غير ان هذه التفاعلات الايجابية لم تبدأ علاماتها وما لبثت ان اختفت وقد اظهرت مشاهداتنا العديدة في الفصل السابق ان هذه التفاعلات الصامتة التي لا تصحبها اعراض سريرية لا تعود للظهور ابداً بعد اختفائها ولهذا السبب طرحت من هذا الاحصاء التفاعلات التي اصبحت سلبية في سياق تكامل الزهري العصبي لان ما يميزها عن غيرها هو التظاهرات السريرية. ولقد تمكنت بعد ان تصفحت مشاهداتي العديدة ان اجد ٩٦ مريضاً كانت تفاعلاتهم سلبية او تكاد ولم يكن ذلك ليمنع ظهور الاعراض السريرية او الحيوية او كلاهما معا .

ينضوي تحت مجموعة التفاعلات السلبية بعض السوائل التي لم يكن فيهـا

الاّ زيادة بسيطة في الخلايا او في الآحين دون ان يكون تفاعل بورده واسرمان او الجاوي ايجابيين فهذه التغيرات البسيطة في السائل الدماغي الشوكي قد نشاهدها في سياق بعض الفحوص غير انها لا تلبث ان تزول من نفسها او بتأثير المعالجة كما اثبتت ذلك بزول متكررة وقد لا يرافق هذه التغيرات الخفيفة اقل عرض سريري ويكون سير الزهري فيها سلبياً .

وقد تمكنت في خمسة مرضى آخرين ابدوا في الفحص الاول تفاعلات سلبية في السائل الدماغي الشوكي من معرفة ما يلي :

ان المريضين الأولين كانا مصابين بالشلل العام وبعد ان كان البزل الاول سلبيا او ناقصا فيهما اصبح تاماً وايجابياً شديداً في البزول الاخرى المجراة بعد بضعة اشهر كما هي القاعدة وهاتان المشاهدتان لا تهماننا لأن تشخيص الشلل العام سريرياً كان ممكناً واذا كان البزل الاول سلبيا فليس ذلك الا من الامور الشاذة وليس لنا ونحن ندرس القضية من الوجهة العامة ان نعبأ بالشواذ ولا يبرر هذه النتائج سوى الخطإ في اجراء التفاعلات او بآفات شاذة كونت حجباً او باسباب اخرى لا يستطاع تعينها .

واما ما يهمنا كثيرا فهو امر المرضى الثلاثة الاخرين :

فان المريض الأول — زهري وهو شخص المشاهدة (١٧) .

في ايار سنة ١٩٠٣ – قرحة افرنجية

في ٦ آب سنة ١٩٠٣ — وردية ، بالبزل القطني سائل طبيعي .

١٢ تشرين الثاني سنة ١٩٠٣ – بالبزل القطني تفاعل خلوي شديد جداً مع تزايد شديد في الآحين

وهذا التفاعل الشديد الذي روقب مراقبة منتظمة لم يمح الا بعد اربع

سنوات دون ان تدرك اقل علامـة سرية وفي سنة ١٩١٢ وسنة ١٩٢٠ بزلت المريضة مرة اخرى فكان السائل طبيعياً دائماً مع فقد كل علامـة سرية ايضاً .

المريض الثاني — هو شخص المشاهدة الثانية

آب سنة ٩٠٣ — وردية ، صداع شديد، بالبزل القطني — سائل طبيعي ولكنه شديد التوتر .

تشرين الاول سنة — ٩٠٣ مندفعات حطاطية، زهريات صباغية في العين بالبزل القطني — تفاعل خلوي شديد

كانون الاول سنة ٩٠٣ — التفاعل نفسه .

ايلول سنة ٩٠٥ — التفاعل نفسه غير انه اقل شدة

تشرين الثاني سنة ٩٠٥ — سائل طبيعي .

تشرين الثاني سنة ٩٠٧ — سائل طبيعي .

ولا علامة سرية واحدة في سياق هذا الزهري

المريض الثالث — آب سنة ٩١٤ — قرحة على الشفة السفلى

آب سنة ٩١٥ — بالبزل القطني — تفاعل خلوي متزايد ، الآحين — ٠,٥٥ بورده واسرمان — سلبي

٢٩ نيسان سنة ١٩١٩ بالبزل القطني — تفاعل خلوي شديد جداً . الآحين ٦٠ , سغ بورده واسرمان — ايجابي ، لا علامة سرية ظاهرة

يستنتج مما سبق ان مرضى ثلاثة بزل قطنهم فكانت تفاعلاتهم سلبية او تكاد ثم اصبحت ايجابية بعد شهرين ونصف شهر في الحادثة الاولى وثلاثة اشهر في الثانية واربع سنوات في الثالثة . واذا لم يكن مجال للمناقشة في المشاهدتين الاولين نظراً الى معرفة المبدأ الاكيد للزهري اي الدور الخمجي فان المشاهدة الثالثة تستحق المناقشة لاننا لا نعلم في اي زمن اصبح السائل ايجابياً بين سنة ١٩١٥ وسنة ١٩١٩ .

وفي تقرير قدمته المجلة المسماة (حولية الامراض الزهرية) بشأن الزهري العصبي كنت لفتت الانظار الى ان كثيراً من المرضى تكون تفاعلاتهم سلبية اولاً ثم تصبح ايجابية بعد ٦ او ٧ سنوات من الزهري . وهذا الامر على غاية من الاهمية والحالة تقضي بحسم باب الخلاف فيه بتقديم مشاهدات عديدة انصع حجة وأدل بياناً .

تتقلب التفاعلات السلبية ايجابية من نفسها في الغالب غير انه من الممكن احداث تفاعلات في السائل الدماغي الشوكي هي من الاهمية بمكان في سنة ١٩١٠ وسنة ١٩١١ حينما استعمل ارليخ حقن الـ ٦٠٦ بمقادير عظيمة شوهدت تفاعلات شديدة الخطر احياناً محدثة بالمعالجة وقد تبين لي بعد ان بدأت بدرس السائل الدماغي الشوكي ان تفاعلات متفاوتة الشدة تحدثها الحقن وقد اوضح هذا الكشف امراً غامضاً وهو إمراض (pathogénie) الزهري العصبي الناكس واما ما تجب معرفته بصورة خاصة فهو ان هذه التفاعلات المحدثة بالحقن لا تحصل الاّ في من أُصيبت جملتهم العصبية بالزهري كما أبنت ذلك . وهكذا فاننا نرى كثرة هذه التفاعلات في بدء الزهري بينا لا نرى شيأً منها مؤخراً اللهم الاّ اذا أُصيبت الجملة العصبية كما أسلفت . وقد نشرت في (المطبوعات الطبية جزء ١٨ آذار سنة ١٩١٢) تحت عنوان: التفاعلات العصبية المتأخرة المشاهدة في بعض الزهريين الذين عولجوا بالسالفارسان وظهور التهاب السحايا والأوعية الزهري مستنداً الى مشاهدات عديدة لمرضى بزلوا قبل المعالجة بالـ(٦٠٦) وبعدها ان تفاعلات السائل الدماغي الشوكي لا ترى في من عولجوا بالـ ٦٠٦ في

دور القرحة الاَّ نادرا بيد انها كانت ثابتة تقريباً في الدور الثانوي واستثنائية في الزهريين القدماء الذين لم يصابوا بأقل آفة عصبية وارى الآن انه يسهل ايضاح ان هذه التفاعلات كانت ترافق التهاب السحايا والاوعية في دور حدتها وتكون بذلك عاملًا منبهاً لآفات لا تطلب سوى الاستتار غير انها تحسست بتلك الحقن القوية المخرشة من الـ (٦٠٦) وفي مذكرة أحدث عهداً اعلنها سيستان وريزه وبونهور (حولية الامراض الجلدية والزهرية) الجزء الثالث آذار سنة ١٩٢٣ تحت عنوان: تفاعلات واسرمان والجاوي الغروي المحدثة في السائل الدماغي الشوكي وفيها ان التحسيس في غير الزهريين ولو كانوا مصابين بآفات عصبية روحية لا يكون ممكناً بدرجة الزهريين الذين لا يبدون اقل علامة سريرية او خلطية للزهري العصبي بل على العكس قد يكون ممكناً في بدء الزهري اي في الدور الخمجي (septicémique) او فيمن أُصيبوا مؤخراً بالتهاب المحور الاسطواني (Nevraxite) الزهري قديما كان او حديثا فنتائجنا في سنة ١٩١٢ مطابقة اذن تمام المطابقة لنتائج سيستان

وتدل الاعمال السابقة على ان الزهري في بدئه يمر بصفحة غير ثابتة قد تتبدل في اثنائها الجملة العصبية غير ان هذه الصفحة لا تلبث ان يستقر بها الامر ولا يعود للوسائط التي دعتها الى التفاعل في السابق اقل تأثير .

وفي هذا الدور غير الثابت الذي قد يطول سنة او سنتين او اكثر يمكن البت بمستقبل الجهاز العصبي فاما ان يقال بسلامة الجملة السحائية الوعائية او بمرضها فتشاهد حينئذ تفاعلات السائل الدماغي الشوكي التي درسناها في الفصل السابق واذا ما أُستلَّ سلاح المعالجة الماضي في هذا الدور

البدئي تخرش الجهاز العصبي اما اذا وجهت معالجة رشيدة رائدها الصبر والثبات فتهدأ سورته ويعقم الجسد من الانتان الزهري ويشفى المريض شفاءً تاماً لموت تلك الاحياء التي يثور ثائرها متى دوهمت ولخضوعها متى أُخذت باللين .

واني لأعتقد ان تلقح الجهاز السحائي الوعائي والمحور الاسطواني يقع في السنتين الأوليين للزهري حتى في السنة الاولى احيانا وقد يمحي اثر هذه الاستقرارات كما رأينا في الفصل السابق من نفسه او بالمعالجة وشاهدنا على ذلك تحليل السائل الدماغي الشوكي وفي حالات اخرى قد تسير الآفة الى التكامل لتنتهي ، حتى بعد مدة طويلة ، بعوارض خطرة واذا رأينا ان هذه الصفحة تمر مروراً خفياً ، فلا البزل ايجابي ولا علامة سريرية تدل على آفة في دور نشاطها وبقي الدم سلبيا ايضا فمن الممكن القول حينذاك ان المريض اصبح في مأمن من خطر العراقيل العصبية اللاحقة ولعمري ان هذه القاعدة لهي اثبت من معالجة فاعلة طبقت منذ بدء الزهري فاوجبت استتار الاعراض السريرية والخلطية .

وهناك شواذ ، وان كنت لم اذكر منها الا حادثة واحدة ، لانه من الممكن حدوث هذا التلقح مؤخراً في سياق هجمة خمجية غير ان المعالجة الرشيدة كفيلة بمنع هذا الحدوث . وأرى من الفائدة دعم هذه النتائج او دحضها بتقديم مشاهدات بينة حتى يعود تحديد نسبة هذه الشواذ ممكناً باحصاء أدق وأوسع من احصائي ومتى ثبتت ادركنا قيمة الكفالة التي نعطيها لزهري عولج معالجة حسنة فاصبحت تفاعلات سائله

سلبية بعد سنتين او ثلاث سنوات على بدء زهريه غير ان هذه الكفالة لا تصيب الا الآفات السحائية الوعائية والجوهرية التي يكشفها البزل القطني على انها مع ذلك واسعة المدى حيث ينضوي تحت هذه الآفات عدد كبير من التظاهرات العصبية للزهري ومع ذلك فكثيرا ما تحفظت بنتيجة فحص السائل الدماغي الشوكي الذي قد لا يظهر بعض الآفات العميقة الدفينة في الجوهر النبيل كالصموغ والاورام وبؤر التلين والتهاب المحور العصبي المركزي او التهاب الشرايين التي لا علاقة لها بالسحايا والخ .

واذا كان لما درسناه في الفصل السابق عن التفاعلات الايجابية في السائل الدماغي الشوكي ما له من الاهمية فان للتفاعلات السلبية او بالاحرى فقدان التفاعلات المشاهدة في بعض الحالات ما لها ايضاً من الدلالة العظيمة في الانذار وعلى ذكر اهميتها أتمنى ان ينتهي الامر باثبات هذه الاعمال او نفيها وبيان موقفها من الحقيقة او الخطإ وذلك بتقديم اثباتات فعلية راهنة لا آراء سطحية فحسب .

« الفصل الخامس »

— تلخيص ونتائج عامة — .

لنلق الآن نظرة عامة على المشاهدات التي اصطفيناها من الوف المشاهدات نرَ اننا اذا طرحنا جانباً بعض الاستثناآت او الآفات التي يجوز اهمالها ودرسنا تلك التعاليم القيمة من نقطة أسمى وأدق تمكنا من الحصول على نتائج عملية ترشدنا الى مصير الزهري العصبي ولا سيما استقراء صفحاته الحيوية بدرس السائل الدماغي الشوكي وسنلخص اولاً تلك الاعمال ثم

نذكر نتائجها القيمة :

آ — خلاصة الاعمال — في سياق الزهري قد يتغير السائل الدماغي الشوكي وقد يبقى طبيعياً فاذا ما تغير ظهر بتفاعلاته التي قد تكون إيجابية او سلبية وستعرض تباعاً اهمية النتيجتين :

اولاً — التفاعلات الايجابية :

١ً — كثيرة هي تغيرات السائل الدماغي الشوكي في سياق الزهري الارثي او المكتسب وتعرف هذه التغيرات بدرس التفاعلات المختلفة للسائل الدماغي الشوكي وقد تشبثت من بين هـذه التفاعلات بالتفاعل الخلوي والآحين الاجمالي والتثبيت (بورده واسرمان وتفاعلات التحوصب (floculation) لفرن وغيلان .

ومجموع هذه التفاعلات يجيز تمييز الدرجات المختلفة الشدة وقد قسمتها الى تفاعلات خفيفة ووسطى وشديدة .

٢ً — ترتبط هذه التفاعلات بآفات تشريحية ولو لم ترافقهـا علامات سريرية وقد أبنت في مقدمة هذه المذكرة باعمال تشريحية سريرية ان التفاعلات الخلوية والآحينية الخفيفة تدل على تغيرات سحائية بيد أن التفاعلات الآحينية الشديدة وتفاعلات التثبيت والتحوصب ترتبط بآفات الجوهر النبيل وكلتا الآفتين تحصل بتأثير البريميات الشاحبة التي شوهدت في السحايا (رافو ، بونسل) كما شوهدت في الجوهر النبيل (نوغوشي) .

٣ً — تبدو بالنسبة الى العلامات السريرية ثلاث حالات :

فاما ان ترافق التفاعل علامة سريرية واضحة فلا يكون للتفاعل الاّ قيمة

ثانوية في اثبات المرض ،

واما ان ترافق التفاعل علامة سريرية مشبوهة فيكون للتفاعل قيمة عظيمة ،

واما ان لا يرافق التفاعل أقل علامة سريرية توضح الآفة التشريحية الخفية فتكون العلامة الحيوية ذات قيمة عظيمة .

وقد طرحت من هذه المذكرة الزمرة الاولى واحتفظت ببعض الثانية وأشبعت الثالثة درساً وتمحيصاً .

٤ً — قد تصادف هذه التفاعلات في صفحات الزهري جميعها حسب الوقت الذي أجري به البزل القطني وقد رأينا ان فصل المرضى الذين بزلوا في بدء زهريهم عن المرضى الذين لم يبزلوا الاّ في وقت متأخر اي ما بعد السنة الثانية أمر واجب .

ففي بدء الزهري اي في الاشهر الاولى تكثر هذه التفاعلات في جميع الزهريين الذين اهملوا الدور الخمجي وهو ما اوضحته سنة١٩٠٣ للمرة الاولى غير ان هذه التفاعلات لا تلبث ان تختفي بعد اشهر بدون ان تظهر اقل علامة سريرية او ان تترك ادنى اثر ولذا فقد طرحت الزمرة الاخيرة من هذه المذكرة .

والبعض الآخر تبق تفاعلاتهم وتشتد بسرعة (خلايا عديدة خلايا الدمن، تزايد الآحين ، تفاعلات التثبيت والتحوصب الايجابية) ولا يرافقها اقل علامة سريرية وقد اشبعت هذه الفئة من المرضي درساً بالنظر الى اهمية سير مرضهم وتكامله .

فبعض التفاعلات (من المشاهدة الاولى للعاشرة) مع انها فائقة الشدة وبدون اقل علامة سريرية قد امحت بعد مدة من الزمن تختلف بين ٨ اشهر و٦ سنين وهي تفاعلات كامنة سارت نحو الزوال .

وبعض التفاعلات (من المشاهدة الحادية عشرة حتى الخامسة عشرة) كان شديداً مع علامة سريرية (ثلاث لقوات) حادثة فلج عيني ، نشبة واحدة) وقد امحى كالفئة السابقة وفي المدة نفسها .

والبعض (من المشاهدة السادسة عشرة حتى التاسعة عشرة) كانت تفاعلاتهم شديدة دائماً وقد تقدمت ظهور العلامات العصبية بـ ١ — ٢٠ شهراً (نشبة واحدة ، حادثتا التهاب العصب البصري ، حادثة اضطراب حدقي) ثم زالت بعد مدة شبيهة بالسابقة ولم يظهر فيهم اقل عرض سريري بعد مراقبة طويلة فهي اذن تفاعلات سابقة للسريريات وبعضهم (من المشاهدة العشرين حتى الثلاثين) كانت تفاعلاتهم شديدة دائماً منذ بدء زهريهم وبقيت ايجابية ثم انتهت بعد صفحة صامتة طويلة الأمد او قصيرته بعلامات زهرية خطرة في الجوهر النبيل .

(المشاهدة العشرون والحادية والعشرون) التهاب السحايا المزمن خلال ٨ - ١٠ سنوات .

(المشاهدة الثانية والعشرون) كنساحة بعد ستة اشهر .

(المشاهدة الثالثة والعشرون) التهاب النخاع المعترض بعد سنتين .

(المشاهدتان الرابعة والعشرون والخامسة والعشرون) سهام بعد سنة وثلاث سنوات

(المشاهدات ٢٦ ، ٢٧ ، ٢٨ ، ٢٩ ، ٣٠) فالج عام بعد ٦ ، ١٢ ، ١٠ ، ٥ ، ١٠ سنوات (٨ سنوات ونصف وسطياً . فهذه ايضاً تفاعلات سابقة للسريريات) .

ب — واما في سياق الزهري اي بعد السنة الثانية فلا تشاهد ابداً هذه التفاعلات الخفيفة السريعة الزوال والكثيرة الحصول في الدور الخمجي للزهري واحياناً قد تشاهد تفاعلات خفيفة مع بعض الخلايا وبدون خلايا المصورة ومع تزايد خفيف في الآحين غير ان هذه التفاعلات القليلة الخطر ليست الا بقايا التفاعلات البدئية او الاصابات الموقتة التي لا علاقة لها بالزهري او تكون طلائع التفاعلات التي قد تشتد فيما بعد وهو أمر نادر

وتظهر التفاعلات المشاهدة في سياق الزهري في الغالب شديدة منذ البدء (خلايا عديدة ، خلايا المصورة ، تزايد الآحين ، تفاعلات التثبيت والتحوصب الايجابية) وتكاد تكون التفاعلات في المشاهدات التي في سيرها ما يوجب الاهتمام دائماً شديدة كالنموذج الذي ذكرناه آنفاً واليكم ما اوضحه سير هذه التفاعلات :

فالبعض (المشاهدتان ٣١ و٣٤)تظهر تفاعلاتهم بعد سنتين من الزهري بأزمنة مختلفة ولا ترافقها علامة سريرية ثم تزول بعد مدة تختلف بين ١٤ شهراً و٧ سنين فهي اذن تفاعلات خفيفة سارت نحو الزوال .

والبعض الاخر (منذ المشاهدة ٣٥ — ٤٦) كانت تفاعلاتهم شديدة دائماً ترافقها علامة سريرية مبهمة (٦ حوادث تباين حدقي ، حادثتا فلج عيني ٣ حوادث اضطرابات مختلفة ونشبة) ثم زالت كالسابقة غير ان مدتها ابطأ (٨ سنوات وسطياً)وافرادهذه الزمرة زالت تفاعلاتهم ولم تظهر اختلالات سريرية كبيرة فيهم بل آثار خفيفة بشكل آفات ندبية ثابتة غير انها عديمة الخطر .

والبعض الاخير (من المشاهدة ٤٦ — ٥٩) كانت تفاعلاتهم شديدة دائماً ظهرت في سياق الزهري وحافظت على ايجابيتها ثم انتهت بعد صفحة خفية طويلة او قصيرة بعلامات زهرية جوهرية خطرة :

(المشاهدة ٤٦) — فالج شقي بعد ٦ سنوات من التفاعل الشديد .

(المشاهدتان ٤٧ و٤٨) — علامة آرجيلي بعد ٦ اشهر و٤ سنوات من التفاعل الشديد.

(المشاهدات ٤٩ ، ٥٠ ، ٥١ ، ٥٢) — التهاب السحايا المزمن يرجع عهده لعدة سنين (٩ سنوات على الوسط) .

(المشاهدات ٥٣ ، ٥٤ ، ٥٥) سهام ظهر بعد عدة سنين من التفاعل الشديد.

(المشاهدات ٥٦ ، ٥٧ ، ٥٨ ، ٥٩) فلج عام — فمعظم هذه التفاعلات ايضاً سابق للسريريات .

ولا نرى مندوحةً عن التذكير بان عدداً عديداً من المرضى كانت التفاعلات فيهم ايجابية منذ بدء الزهري مع انها لم تلاحظ الا في سياق الداء لان الفرصة لم تسنح لبزلهم قبل ذلك الحين لان كثيراً ممن بزلوا في بدء زهريهم حين اصابتهم بعض العوارض العصبية كانت تفاعلات سائلهم شديدة فمن الصواب اذن ان نربط تاريخ ظهور هذه التفاعلات بمبدإ الزهري

ثانياً — التفاعلات السلبية : اذا قابلنا نتائج المشاهدات المتبعة زمناً طويلاً في مرضى كانت تفاعلاتهم سلبية او ايجابية خفيفة في السائل الدماغي الشوكي تمكنّا من الحصول على نتائج هامة غير ان دعمها يحتاج مع ذلك الى مشاهدات اكثر من مشاهداتي .

وبعد ان اتبعت ٩٦ مريضاً كانت تفاعلات سائلهم سلبية سواءأ في بدء زهريهم ام ابان سيره كان مصير هؤلاء المرضى كما يلي :

٩١ مريضا روقبوا زمنا متفاوت الطول فلم تظهر فيهم اقل علامة سريرية

عصبية زهرية وكان ينصب من البزول المتكررة في الكثير منهم سائل طبيعي . ومريضان اصيبا بالشلل العام اصبح التفاعل ايجابياً بشدة بعد ان كان سلبياً في البزل الاول غير ان هذه الحالات النادرة لا يمكن تعليلها الا بخطإ اجراء التفاعل بعيب تشريحي وثلاثة مرضى زهريين بزلوا منذ بدء زهريهم كان البزل الاول سلبياً غير انه ما لبث ان اصبح ايجابيا شديداً بعد ٣ اشهر ونصف شهر في الاول و٣ أشهر في الثاني و٤ سنوات في الثالث .

يستنتج من هذه المشاهدات اذن ان تفاعلات السائل الدماغي الشوكي في بدء الزهري قد لا تظهر الا بعد عدة اشهر وقد لا تظهر الا متأخرة جداً (٤ سنوات في احد مرضانا) غير اننا لا نعلم في اي زمن للزهري بدأ هذا التفاعل ودعماً لهذه الاعمال قدمنا مشاهداتنا المدونة منذ ١٩١٢ وكذا مشاهدات (سيستان وريزه) سنة ١٩٢٣ ويظهر ان تحسيس تفاعلات السائل الدماغي الشوكي ممكنة في بدء الزهري او مؤخراً عند من يبرز علامات سريرية لآفات عصبية ؛ لا يكون اذن التحسيس ممكناً الا في من أُصيب جهازهم العصبي وليعلم ان هذه التفاعلات المحدثة لا تظهر الا في بدء الزهري او ابان سير زهري عصبي وتكامله .

يستنتج مما سبق ان الزهري في بدئه يمر بصفحة غير ثابتة قد تمتد سنة او سنتين واحياناً اكثر من ذلك وقد ينقلب التفاعل السلبي فيها ايجابياً وبعد تصرم هذه الصفحة تثبت التفاعلات حتى اذا ما كانت سلبية بقيت كذلك مؤيدة سلامة الجهاز العصبي اللاحقة اللهم الا اذا كانت هنالك آفات عميقة في الجهاز العصبي لا ترافقها التهابات سحائية ولا التهابات شريانية

ولا صموغ عميقة او بؤر جوهرية مدفونة في ملء النسيج العصبي. فكم هي عظيمة اذن اهمية التفاعلات السلبية اذا شوهدت بعد بدء الزهري بسنة او سنتين ولا سيما في مريض عولج معالجة حسنة منذ بدء مرضه وكان دمه سلبياً دائماً .

واني لمتحقق ان الزهري الذي يكون تفاعل سائله الدماغي الشوكي في نهاية السنة الثالثة لمرضه ، بعد ان يكون قد عولج معالجة رشيدة ويكون دمه سلبياً دائماً يبقى ولا شك في مأمن من خطر الزهري العصبي .

(للبحث صلة)



الاشعة فوق البنفسجي في الجراحة

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

قد عرفنا خواص الاشعة فوق البنفسجي الحيوية وافعالها الخلقية منذ زمن مديد واختبرها الكثيرون في الادواء الجراحية ولا سيما في هذه السنوات الاخيرة حتى ان بعضهم اراد استعمالها في قتل الجراثيم وادخالها في الممارسة الجراحية املاً بانقاص الاضرار الجراحية التي تنجم من نقص التطهير او بغية احلال هذه الاشعة محل المواد الكيماوية العادية .

ولهذا ندرس :

١ً — الاشعة فوق البنفسجي في العمليات الجراحية نفسها ،

٢ً — الاشعة فوق البنفسجي في الامراض الجراحية .

ولا نتعرض في الفصل الثاني للسل الجراحي ولا للجراحة النسائية .

١ً — الاشعة فوق البنفسجي في العمليات الجراحية

اول من اختبر الاشعة فوق البنفسجي في الحيوان هو رغار من جنوة سنة ١٩٢٥ الذي درس فعل التشععات في مكافحة العفونة .

فقد اوضح هذا المؤلف ان الجروح المعرضة للاشعة تندب بسرعة واجرى اختباراته على اربعين حيواناً من حيوانات المخبر وكانت عملياته عليها متنوعة على المعدة والامعاء والعظام وبدون اقل طهارة . وقد اشعّ بالخاصة السرير المعد لاضجاع الطعم عليه فكان يندمل الجرح الجلدي بالمقصد

الاول ولا تفعل الاشعة فوق البنفسجي حسب رأي رغار بقتل الجراثيم فقط بل انها تكثر الدورة الموضعية وتنشط الخلايا . وهو يعتقد ان اجراء العمليات على الحيوانات ممكن وهي معرضة للاشعة وان توسيع هذه الطريقة واستعمالها في الانسان جائز لانها تضمن الطهارة التي تكاد تكون مطلقة .

وفي شهر تموز من السنة نفسها ذكر بازي لجمعية الجراحة اختبارات شاتن ورغار ولفت انظار الاعضاء الى العوارض التي يستطاع وقوعها بعد الاشعاع ليس للمريض فحسب بل للجراح ايضاً في اثناء العمليات الجراحية. وقد لاحظ ان الفعل القاتل للجراثيم شديدوان طهارة الساحة والالات والايدي تامة .

ثم اتى ماموتتل واشار ايضاً باستعمال الاشعة فوق البنفسجي كمضاد للفساد في سياق التوسط الجراحي وبين انه افعل من كل طلاء بصبغة اليود وكلورور التوتيا او الغسول بالايثير. غير ان هذه المحاولات لم يتبعها في فرنسة كثير من الجراحين لسببين اولاً للعوارض التي ذكرها بازي وثانياً لان طرز استعمال الاشعة لم يدرس جيداً ويدقق فيه .

اما في البلدان الاخرى فقد استعملوا الاشعة اكثر مما في فرنسة في سياق التوسطات وهي تستعمل بالخاصة في استئصال الافات السلية الموضعة او في فتح البطن في سل الخلب .

وتستعمل الاشعة ايضاً كواسطة للترميم بعد العمليات وكمضادة لفقر الدم بعد النزف ولمكافحة النهك ولا سيما لتسريع الندب ولامتلاء الجروح والاجواف العظمية والنواسير .

واما طرز استعمال الاشعة فيختلف بين ان تستعمل قبل العمليات او في اثنائها او بعدها . فاذا كانت الغاية انهاض الحالة العامة يكتفى بتطبيقها على الجسد جميعه واذا كانت الغاية معالجة الجروح او بعض السطوح يضاف الى هذه التشععات العامة تطبيقات موضعية بقضبان المرو (quartz) او بدونها

٢ – الاشعة فوق البنفسجي في الامراض الجراحية

أ – فعلها في التعفنات الجراحية : نذكر فعلها في الخراجات ويشير دروه بهذه التشععات كواسطة للوقاية من خراجات الثدي متى كانت الحلمة متشققة وفي الحمرة حيث الاقوال متضاربة فمنهم من لاحظ بعد الجلسات الاولى سقوطاً في الحرارة وتحدداً في الحوية وخفة في الألم . ومنهم من لم يجد تحسناً يذكر والافضل ان تستعمل تشععات متوسطة عامة وليست موضعية وفي الجمرة الحميدة حيث تحدث الاشعة فعلاً مخدراً .

وفي التهاب العقد السلي الذي تفيد به الاشعة فائدة كبيرة .

وفي الكزاز عالج عدد من اطباء الالمان في اثناء الحرب الكبرى هذا الداء بجلسات طويلة جداً من الاشعة (نصف ساعة الى خمس ساعات).

هذه هي التعفنات الجراحية التي عولجت بالاشعة فكانت منها نتائج حسنة

ب – فعلها في التهاب العظم والنقي : اما ان يكون التهاب العظم والنقي مزمنا وهذا كثير بعد جروح الحرب واما ان يكون الالتهاب مزمناً منذ بدئه واما ان يكون حاداً .

ففي الالتهاب المزمن مع هجمات حادة كان التحسن محسوساً في كثير من الاوقات حتى ان الشفاء التام لم يكن نادراً . غير ان هذا لا يعني ان

الاشعة وحدها يجب استعمالها لانها ليست الا مساعداً للعمل الجراحي الذي لا بدّ من اجرائه كالتفريغ واستئصال الشظايا .

واما في الالتهاب المزمن منذ بدئه ففعل الاشعة اخف غير انه لا بد من اثبات التشخيص لان هذه الآفة قد تلتبس بالتهابات العظم التالية للحمى التيفية والالتهابات الافرنجية التي لا تفيد فيها الاشعة .

واما في الالتهاب الحاد فللاشعة فوق البنفسجي فعل حسن ولا بدّ من توسيع دائرة استعمالها لانها ان لم تغن عن الفعل الجراحي فهي تساعده المساعدة الكبيرة ليس في سياق المرض فحسب بل في اثناء النقه الذي تقصر مدته . والى القراء هذه المشاهدة :

م . ن عمره ٤٠ سنة اصيب منذ اسبوعين بتورم التهابي في عنق قدمه اليمنى تلى لدمامل في عنقه حرارته عالية جداً وحالته العامة سيئة . شخص مرضه اولاً التهاب العظم والمفصل الظنبوبي الرسغي غير ان رسم الناحية بالاشعة بين ان الثلث السفلي من ظنبوبه وشظيته كان متنخراً دون ان يكون في المفصل اقل آفة . فجوف العظم غير ان الحرارة لم تسقط فاشرنا بسلسلة من التشععات فوق البنفسجي فتحسنت الحالة العامة والموضعية بعد الجلسات الاولى حتى ان استئصال عظم الكعب الذي كنا فكرنا فيه لم يعد لازماً . ثم سار الجرح سيراً سريعاً الى الاندمال وامتلأ الفراغ العظمي بسرعة فائقة .

طرز استعمال الاشعة : في التهاب العظم والنقي المزمن تصنع جلسات يومية واذا كانت هجمات حادة جاز اجراء التشععات مرتين او ثلاث مرات

في اليوم . وفي التهاب العظم والنقي الحاد تستعمل الاشعة حتى تظهر حمامى على الجلد وتكرر الجلسات ثلاث مرات في الاسبوع وتزاد الجرعة تدريجياً .

ج — فعلها في الكسور : فعل الاشعة فوق البنفسجي في تطور الكاسيوم معروف ولهذا كان استعمال هذه لاشعة في اندمال الكسور مفيداً جداً ولا سيما في تحاشي المفاصل الموهمة .

ويقول سيدمان ان بارسي منذ سنه ١٧٩٢ بيّن ما للنور من الدور المهم في شفاء الكسور فقد لاحظ ان الجرحى الذين لم تكن تندمل كسورهم كانوا في زوايا القاعة المظلمة وان نقلهم من مكانهم الى مكان يدخله النور كان كافياً لاندمال كسورهم . ويضاف الى هذه الملاحظة ان هناك علاقة بين حالة المريض العامة السيئة واندمال كسره اندمالاً ناقصاً لانه ولو لم يكن المكسور مصاباً بسل خفي قد يكون تطور الكاسيوم مختلاً فيه وهذا ما تؤثر فيه الاشعة فوق البنفسجي احسن تأثير . ويستحسن توجيه الاشعة بعد التوسطات الجراحية على العظام (كخياطة العظم وقطعه وتطعيمه) منعاً للمفاصل الموهمة من التكون وتسريعاً لحصول الدشبذ وقد لاحظ بعضهم حادثة بين فيها فعل الاشعة فوق البنفسجي في مريض مرّ على كسره ستة اشهر ولم يظهر في اثنائها الدشبذ :

م . ج أُصيب بكسر في عظمي ساقه اليمنى فلوحظ بعد ان مرّ شهر على تثبيته بالجبس ان القطع لم تندمل وان ضياع المادة في الشظية واسع فاعيد المكسور الى الجبس ثانية لانه لم يرضَ توسطاً جراحياً . فكانت النتائج غير مرضية الى ان قرر اخيراً الابتداء بجلسات الاشعاع .

فبعد الاستمرار عليها شهراً دلّ الرسم الكهربي ان التعظم قد بدأ حتى ان الاندمال اكتمل بعد قليل .

طرز الاجراء : يستحسن في الكسور الحديثة العهد ان تبدأ الجلسات في الايام الاولى التي تعقب الحادثة . ويستعملها كاتلان في الحال في كسور الطرف السفلي ولكنه ينتظر بضعة ايام في كسور الطرف العلوي . ومتى كان الكسر مغلقاً يكتفى بكميات متوسطة على الجسد جميعه وتكرر الجلسات ٣ مرات في الاسبوع ومتى كان الكسر مفتوحاً تشرك معها المعالجة الموضعية ويشير سيدمان بعد قطع العظم بجلسات يومية خفيفة المقدار في الاسبوع الاول فبمقادير متوسطة مرتين او ثلاث مرات في الاسبوع .

د — فعلها في النواسير : قد نشرت مشاهدات عديدة عن شفاء النواسير بالاشعة فوق البنفسجي شفاءً تاماً . وقد تبين من بعض المشاهدات ان من النواسير ماكان يشفى موقتاً ثم ينكس وان منها ما لم يكن يشفى . ولا بد من معرفة سبب الناسور الحقيقي ومن الاهتمام بحالة المريض العامة وعليه كان لا بد من تمييز النواسير السلية عن النواسير غير السلية فالنواسير غير السلية تصادف في حالات عديدة :

بعد خزع الجنب او بعد العمليات الجراحية وتعالج بجلسات الاشعاع على الجسد كله مرتين او ثلاث مرات في الاسبوع. واذا امكن يدخل في الناسور قضيب من المرو (quartz) المذاب او مصباح ذو شرر . وقد ذكر رورمس بعد الفوائد في نواسير الجبهة الناجمة من التهاب الجيوب ولا يستبعد ان يتكون ناسور لا ينضب بعد التوسطات الجراحية على البطن فاذا ما عولجت

هذه النواسير بالاشعة فوق البنفسجي نضب السيلان وقد ذكر بيغو ناسوراً بطنياً اثر قطع الزائدة شفي بالاشعة والاستحرار (diathérmie) وذكر نكولاناري المشاهدة الآتية :

الآنسة م .... عمرها ١٧ سنة أجريت لها عملية الزائدة في اثناء هجمة حادة فشق بطنها شقاً عمودياً بقصد استقصاء النفيرين والمبيضين بالنظر الى اعراض التهاب الملحقات التي كانت تشعر بها ووضع احفوض فبقي الناسور ستة اشهر دون ان يندمل وكان ينصب منه سائل قيحي غزير جداً كاد يستدعي عدة تضميدات في اليوم وبعد ان خابت جميع المعالجات عرض المريض للاشعة فوق البنفسجي فازداد السيلان في البدء ثم نضب ببطء ولم تمرّ عشر جلسات حتى كان التحسن محسوساً وقد اندمل اخيراً الناسور .

ولا يشار بالاشعة فوق البنفسجي وحدها في معالجة التهابات العظم والمفاصل الجراحية بل يفضل ان تشرك معها الاشعة المجهولة وفوائد هذه الاشعة في النواسير القطنية بعد استئصال الكلية باهرة جداً وكثيرون هم الذين ذكروا مشاهدات انتهت بالشفاء بعد المعالجة بهذه الاشعة . وتستعمل الاشعة ايضاً في نواسير الشرج التي تعصي عادة المعالجات الدوائية والجراحية وإن تكن فوائدها فيها ليست ثابتة كما في الاولى لانه لا بدّ من اشراك المجاري السريعة التواتر او الاشعة المجهولة معها وما من ينكر ان المعالجة الجراحية في نواسير الشرج تفوق هذه المعالجة بالاشعة غير انها افضل معالجة لم يرضَ المريض عن اجراء العملية . ولا بد لنا من ان نذكر امراً يجب التنبيه له وهو ان السيلان يزداد على اثر الجلسات الاولى حتى انه قد يظهر

تعجن حول الناسور ثم لا يلبث الانصباب ان يعود مصلياً ويخف خفة تدريجية وينضب .

هـ — فعلها في الحروق : كان يسرّع ندب الحروق بتعريضها لأشعة الشمس وللاشعة فوق البنفسجي الفائدة نفسها ليس في تسريع الندب فحسب بل في تجميل الندبة . وتستعمل هذه الاشعة في الحروق التي تجاوزت الدرجة الثانية لان فعلها في الحروق السطحية اقل ثبوتاً مع ان البعض قد ذكروا ان مصل الفقاعات كان اسرع غؤوراً بعد تعريضها للاشعة . والاعراض التي يشعر بها المريض بعد التعريض للاشعة هي خفة الألم التدريجية ،خفة المفرزات ، تكون القشرة ثم سقوطها وبعد ان تتكون الندبة يلاحظ انها لينة قليلة الالتصاق .

مشاهدة : الآنسة أ . . عمرها ٣ سنوات ونصف سنة أصيبت بحروق شديدة في ساعدها الايمن وظهرها وصدرها . فعولجت جميعها بالوسائط المعروفه فشفيت الا اثنان منها في عضدها وساعدها لم يندبا . وقد أصيبت الطفلة علاوة على ذلك ببعض العجز الوظيفي في ساعدها الذي لم تكن قادرة على بسطه التام وفي عضدها الذي لم تكن قادرة على رفعه الا بعض الرفع وما سبب ذلك على ما يرجح الا انكماش الجلد . فبعد ان عرض الجرحان للاشعه وعرض جسدها ايضاً بمدة قصيرة اندملا وبعد ١٥ جلسة عادت الابنة قادرة على استعمال طرفها العلوي والندبة التي تكونت في الحرقين المعالجين بالاشعة هي اجمل من ندب الحروق الاخرى .

طرز المعالجة : يستحسن استعمال الاشعة على الجسد جميعه في الحروق

ولا سيما متى كانت واسعة ولهذا تشرك المعالجة الموضعية مع المعالجة العامة بالاشعة .

يشير كاتلان في معالجة الحروق من الدرجتين الاولى والثانيـة باستعمال الاشعة عن بعد ٦٠—٨٠ سم مدة ٢— ٣ دقائق. وفي الحروق من الدرجتين الثالثة والرابعة باستعمالها عن بعد ٣٠ سم مدة دقيقتين .

ويستحسن ان تكون الجلسات قصيرة تحاشياً للاحتقان والألم .

و — فعلها في الشرث (Engelures) استعمل بوغه الاشعة في الشرث المتقرح فنال من استعماله نتائج حسنه . لان هذه الجروح شبيهة بالجروح الوهنية التي تؤثر فيها الاشعة بتنبيه الخلايا . اما في الشرث العادي فلا حاجة الى الاشعة .

طرز المعالجة يستعمل برونيه كل ساعتين جلسة عن بعد ٢٥ سم مدتها ٣ — ٤ دقائق .

ز — فعلها في الجروح : تعريض الجروح لاشعة الشمس معروف منذ القديم وقد استعملت في المانية في اثناء الحرب العامة الاشعة فوق البنفسجي في معالجة الجروح غير ان جروح الحرب تستدعي في اكثر الاحيان التوسطات الجراحية ولكن الجروح المحدثة في المعامل تستفيد فائدة كبيرة من هذه الاشعة لان هذه الجروح كثيرا ما تنقلب جروحا وهنية فتتبرعم وتكسوها مفرزات سنجابية . وقد استعملت الاشعة ايضا بعد التطعيم وقاية للطعوم من الموات فكانت منها فائدة كبيرة في احياء تلك الطعوم والتصاقها .

وتفيد الاشعة ايضاً في جروح الساق والرجل الوهنيـة التي تصيب

الفرسان غير ان فائدتها موقتة لانها بعد ان تسير سيراً سريعاً الى الندب تقف واذ ذاك تستحسن معالجتها بالاشعة المجهولة او المجاري السريعة التواتر

طرز العمل : متى كان الجرح حديثاً تستعمل مقادير قليلة ومتى كان الجرح قديماً مبرعماً تبرعماً سيئاً تستعمل مقادير كبيرة . وبعض الاطباء يستعملون مصفاة زرقاء تمكنهم من تمديد الوقت ويستحسن في كل حال استعمال الاشعة على الجسد كله مع الاشعة الموضعية على الجرح . ويستفيد بعضهم في الوقت نفسه من توليد الاشعة لمادة مضادة للفساد في اثناء الاشعاع كاليود والماء المحمض (اكسجيني) ونتراة الفضة فاذا اختير اليود غسل الجرح بمزيج المحلولين الاتيين :

المحلول الاول :	يودور البوتاسيوم	٥	غم
	ماء مقطر	١٠٠٠	غم
المحلول الثاني :	حامض كبريتيني (٦٦)	١٠	سنتغم
	ماء مقطر	١٠٠٠	غم



جراحة الألم

للدكتور لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الدكتور احمد الطباع الطبيب الداخلي في مستشفيات دمشق

للجراحة فرع لا يزال في مهده غير ان مستقبلاً باهراً يبسم له ودليلنا عليه النتائج الحسنة التي كانت له في بضع من السنين واعني بهذا جراحة الألم.

لسنا ننكر ان معالجة الألم تدخل في نطاق الطب الداخلي لما في جعبة هذا الفرع من المسكنات المتنوعة غير ان الألم يستعصي في بعض الاحيان فلا يؤثر به اشد المسكنات فعلاً فضلاً عن ان الشخص يعتاده او لا تتحمله بنيته فامام الطب الداخلي اذن خيبة واعتياد وعدم تحمل ..

لنتأمل في المصابين بالالام الكاوية (Causalgie) الذين لا يخفف ألمهم علاج ولنتمثل المبتلين بالسرطان وآلامهم المبرحة التي لا يسكنها المورفين ولنندب حظ هؤلاء التاعسين المساكين .

واذا كانت المسكنات تخدر الالم فانها لا تمحوه بتاتاً ولا تمنعه عن العودة .

هذا ما تحققه جراحة اليوم في بعض الحالات وما تصبو اليه في جميع الالام المستعصية متى عرف إمراض (pathogénie) الالم وسبله الناقلة معرفة أتم واكمل يصعب الان تحديد الالم وكل ما يمكن قوله ان الالم

يحصل من تنبهات ولدتها آفة عضو فبعث بها الى الدماغ فأثرت به وانعكست عنه فألفت عرضاً يتصف بنعوت كثيرة فيها شيء من الخيال فيقال ألم أصم او حاد او واخز او نابض (pulsative) او برقي (fulgurante) وغير ذلك

وقد كان يكفي لازالة الالم طبقاً للقاعدة ان نقطع الخيوط العصبية التي تنقل التنبهات المرضية الآتية من ذلك العضو فلا يزال بهذا السبب التشريحي الذي نجهله بل يزال العرض فيعود المريض قادراً على تحمل دائه .

ويختلف مقر الالم : فاما ان يكون سطحيا ذا علاقة بالجلد وبالغصون العصبية السطحية الحسية البحتة: وقد يكون عميقا يشعر به تحت الجلد حذاء العضلات او العظام او المفاصل او الاحشاء ويتبع الاعصاب المختلطة او الودية . ومنشأ الالياف الأَلمية منازع فيه والرأي السائد اليوم ان مقتبلات الأَلم هي الاطراف الودية (sympathiques) للجلد والعضلات والاعضاء السائرة وتسير الطرق الناقلة المحيطية امـا في الاعصاب المختلطة الدماغية الشوكية او في الاعصاب الودية فيتصل معظمها الى النخاع بالجذور الخلفية اما الامامية فتكاد تكون خاصة بالالياف الحركية . ولقد ابانت التجربة والسريريات طرقاً لاحقة اخرى هي الضفائر الودية تتبع الشرايين والجذور الامامية : ففي نوب السهام (tabès) المعدية الناتجة من تغيرات اعصاب المعدة الودية لم يعط قطع النخاع الخلفي (عملية فرستر : (Foerster) نتيجة حاسمة اما اذا قطعت الجذور الامامية للاقسام النخاعية نفسها بعد هذه العملية فالالم يزول وتصل الالياف الالمية من اقسام الجسم السائرة الى قطعة معينة من المحور العصبي مؤلفة من العقدتين الشوكيتين . والجذرين الخلفيين

والقرنين فالياف المعدة تناسب القطع الظهرية من الظهري السابع حتى التاسع والياف القلب القطع الظهرية من الظهري الثالث حتى الاول والياف السرم (rectum) القطع العجزية (العجزيان الثالث والرابع) حيث تتصل في هذه القطع بعض الجامعات العصبية (neurones) التي تتصالب اليافها المحورية حول القناة الفقارية (épendyme) وتؤلف الطريق النخاعي الناقل

وللحزمة الحسية الالمية المتصالبة بالمقطع شكل ضمة رأسها امامي ونهايتها المنفوخة خلفية لا تتجاوز خطاً افقيا ومعترضا يصل خطوط ارتكاز الرباطين المسننين فهي امام الحزمة الهرمية المتصالبة وانسي الحزم المخيخية ويصعد الطريق الناقل في الحبال الجانبية ويبلغ الدماغ ماراً بالبصلة، والحدبة الحلقية والسويقات (pedoncules) ثم تعود الالياف الالمية الى السرير البصري (thalamus) والتلفيف الجداري الصاعد وفيه يعاد الحس الى المحيط .

هذه هي سحنة (schéma) الطرق الناقلة التي تنقل الالم وهي تظهر بنموذجين مختلفين : النموذج الدماغي الشوكي والنموذج الودي فالالم الدماغي الشوكي يناسب دائماً منطقة الاعصاب (innervation) المعروفة تشريحياً وهو ألم ثابت بدون تشععات متقطعة يزول فجأة وتماماً في الفترة بين النوبتين مثال ذلك عصاب المثلث التوائم (névralgie du trijumeau) متشعع ومن الالم ما هو اقل انتظاماً فهو ينتشر ويتشعع ويشتد بالمؤثرات الخارجية الجوية او غيرها ويضعف القوة المعنوية في المصاب فيعيده قلقاً حزيناً متضجراً مثال على هذا الالم الكاوي الرضي وتفريق هذين النوعين في الممارسة ليس واضحاً لانهما يمتزجان في الغالب بسبب اندماج الجملتين احداهما

بالاخرى .

ومهما يكن فيخيل الينا مما نعلم عن الطرق الآخذة والناقلة ان قطع الطريق الناقل الودي او الدماغي الشوكي او تعديل التفاعلات الوعائية الحركية الحسية تعديلاً يعيدها اقل اقتبالاً ، كافٍ لازالة الألم . هذا ما جُرِّب وهذا ما أجري تباعا :

قطع الاعصاب وقطع الجذور ، وقطع الحبل ، وقطع الغصينات وقطع الودي (sympathicectomie) غير ان انتشار الاختلالات الالمية في مناطق غير منتظمة واستحالة معرفة العنصر التشريحي المسبب والعجز عن الوصول اليه كل هـذا يعيد هذه الجراحة صعبة فاذا افادت احيانا فائدة عجيبة فانها قد خابت في كثير من الاوقات بدون ان يعرف لهذه الخيبة سبب سوى الخطأ في تعيين الطريق الذي يجب قطعه وتحقق النقطة التي يجب توجيه المعالجه اليها .

واما من الوجهة العملية فقطع عصب محيطي لا يستدعي سوى كشفه وبتره .

وقطع الجذر الخلفي يقوم اولا بفتح القناة الفقارية بقطع الصفائح في النقطة المعينة وشق الأم الجافية ورفع الجذور على محجن وقطعها واستئصال قطعة كافية منها ثم تخاط الأم الجافية وترمم القناة الفقارية ثانيا ويرقأ الدم جيداً ويجتنب كل ما من شأنه ان يرض النخاع .

وقطع الجذور الخلفية هذا حسن للغاية من الوجهة النظرية غير ان نتائجه في الممارسة غير ثابتة ان لم نقل سيئة في الغالب لاننا لا نعلم حق العلم توزع

الجذور الحسية .

فبخزع الجذور الخلفية قد يبطل الآلام في النواحي التابعة لهـا على ان يتجاوز القطع كثيراً حدود الناحية المؤلمة .

اما قطع الحبل فمعناه تخريب الطريق الاساسي في النخاع وبما ان حزمة الالياف الالمية الـكائنة في عمق الحبل الجانبي للنخاع مختلط قسمها الخلفي بعض الاختلاط بالحزمة الهرمية المتصالبة فان قطع الحزمة الالمية يعرض المريض لتشوشات هرمية ثابتة اذا ما حرف القطع كثيراً الى الوراء ويعرضه للخيبة اذا ما حرف كثيراً الى الامام وقـد اوضح كل من روبينو وبوزه طريقة العمل : تقطع الصفائح الفقارية في الناحية الظهرية العليا ، وتفتح الأم الجافية وتكشف نقطتا الاستكشاف الرباط المسنن والجذور الامامية فالقطع المعترض للحبل الجانبي يجري بينهما بسكين خاص . ويخزع الحبـل الجانبي في الآلام المبرحة العضالة الناشئة من آفة عضوية واقعة في منتصف الجسد السفلي تحت الحجاب وهذا الخزع لا يفيد في المصابين بامراض روحية

وبما ان الياف الالم الحسية تتصالب بعد ان تدخل النخاع بقليل وجب خزع الحبل في الجهة المقابلة للالم وخزعه عاليا فيبطل الحس ما تحت القطعة النخاعية الرابعة الواقعة تحت القطع وهذا القطع يصنع في جهة واحدة او في الجهتين حسب مقر الالم وعملية قطع الحبل نفسها ليست خطرة ولـكن قد تتلوها بعض العراقيل كاختلالات اغتذائية متى كان القطع عميقا جداً او حركية اذا وقع القطع كثيراً في الوراء ولـكن هذا القطع يخفف عن المتألمين آلامهم تخفيفاً يدعونا الى اجرائه بدون تردد ولا سيما في المصابين بالسرطان

وهو يفضل خزع الجذر الخلفي لانه لا يبطل حسية اللمس ولا الحسية العميقة

وتقوم التوسطات على الودي باستئصال العقد وقطع الغصون المشركة حيث تلتقي الالياف العصبية ، الناشئة من عقد السلسلة الجانبية الفقرية بالاعصاب الفقارية وتكتسب شخصية تشريحية لا خلاف فيها وتقوم هذه التوسطات ايضاً بقطع الودي المحيط بالشرايين .

يقول لريش المتمم لاعمال جابولة مؤسس هذه الطريقة « ان جراحة الودي يجب ان تكون اكثر فاكثر محيطية واقل فاقل عقدية لان لقطع الغصون ميزة وهي احترام العقد التي هي مراكز عقدية ولا تؤذي إعصاب (innervation) الاحشاء الودي . وطريقة اجرائها دقيقة لانها لطيفة وقطع هذه الغصون المشركة تفضي الى نتائج باهرة احياناً .

وما قطع الودي المحيط بالشرايين حسب طريقة لريش الا تقشير الوعاء فهو يقطع الغمد الخارجي للضفائر العصبية الودية الى بعد كاف لتحقيق انقطاع القوس الحسية الحركية في قطعتيها الصادرة (Centrifuge) والواردة (Centripté) ويجب ان يتناول الاستئصال قسمي الغمد الخارجي الامامي والخلفي ويجب بعد انتهاء العملية ان يتقلص الوعاء ويدق وينقص قطره في القسم المعرى عن القسمين الواقعين تحته وفوقه . ما هي الآفات التي استفادت في ايامنا من هذه التوسطات ؟

في العصاب الوجهي (névralgie faciale) قد كان للجراحة القدح المعلى لان قطع العصب خلف عقدة جاسر تشفيه شفاء اكيداً متى كان الألم موضعاً تمام التوضع في منطقة المثلث التوائم .

ونوب خناق الصدر تعالج معالجة جراحية غير ان المشاهدات المعلنة عنها لا تزال قليلة وهذا دليل على ان الاستطباب الجراحي ونوع التوسط لا يزال تقريرهما مستصعبا ولكن أيا كانت الآفات فان النوبة تقع بتنبه الضفائر حول الوتين(périaortique) في قاعدة القلب هذه الضفائر التي تصل الى العقدة النجمية بطريق ودي وتنعكس منه فتفضي الى تشنج الاكليلين والى الالم امام القلب . ان باستطاعة الجراحة ان تؤثر في هذا التناذر (syndrome) المؤلم التابع للمرض البدئي متى لم تكن الآفات العضوية قد قدم العهد عليها كثيرا .

ولكن ما يجب عمله ؟ لقد نزعت جميع السلسلة العنقية في جانب واحد او في الجانبين غير ان هذه العملية لا تخلو من الخطر فان هذا الاستئصال قد يحتمله المريض ولكنه قد يميت ايضا فيجب والحالة هذه ترك استئصال العقد جانبا لانه عدا خطره لا فائدة منه ويجب جعل العملية في دائرة لا تتخطاها وينصحنا لريش باستئصال السلسلة العنقية العليا فوق العقد النجمية ولقطع الغصون الوطي حسب طريقة دانيال بلو) .

وجميع هذه الطرائق قد شفت احيانا شفاءً مستمراً وفي جميعها ايضا قد نكس الداء غير ان النتائج في ايامنا مشجعة ولم يزل الموضوع قيد الدرس .

مرض رنو : افاد فيه قطع الودي المحيط بالشرايين في جهة واحدة او بالاحرى في الجهتين وشفي بعض الحوادث شفاءً مستمراً غير ان الخيبة كانت ايضاً تصيب البعض وما السبب في ذلك الا كثرة الاشكال وجهلنا للآليات (mécamsme) آفة عامة. ليس للودي فيها الا عملاً ثانوياً وقد

نجح اريش بخزعه للغصون (ramicotomie) حيث خاب خزع الودي المحيط بالشرايين .

وقد تحسن التهابات الجذور العنيدة بقطع الحبل .

والالم الكاوي (causalgie) هو المرض الودي الذي يفيد فيه احسن فائدة قطع الودي المحيط بالشرايين واذا اشرك هذا القطع باستئصال الندب كانت النتيجة اكيدة اذا لم يكن المرض مترقياً .

العصابات الرضية : التي كان يسميها القدماء التهاب العصب الصاعد فهي آلام تشابه الآلام الودية ولا يخففها قطع العصب المحيط بالشريان ولا خزع الجذر الخلفي ولا البتر ولكنها قد تخف بقطع الغصون في منطقة واسعة .

ويترك البتر في الغالب جذموراً مؤلماً فيكفي لابطال الالم وشفاء الاختلالات الوعائية الحركية والاغتذائية ان يحرر عصب مكتنف بندبة ليفية او يقطع الودي المحيط بالشريان اما اعادة البتر فلا تفيد البتة .

وتخيب العمليات المحيطية في الآلام الشديدة كالحس بانسحاق عضو او اقتلاعه او دهسه وقد خاب ايضاً قطع الجذور فأحوج الامر الى قطع الحبل ويفضل لويس الان قطع الغصون المشركة لان هذه العملية اقل ايذاءً .

الآلام الحشوية : النوب المعدية في السهام (tabès) والآلام الكاوية والآلام العصبية الحوضية والخ اجري فيها خزع الاعصاب المتنوعة وقد اجرى لريش وكوت قطع الودي المحيط بالشرايين الخثلية وقطع العصب امام العجز لشفاء عسر الطمث المؤلم وذوات المبيض المتصلبة الكيسية .

وفي المصابين بسرطانات لا حيلة للجراحة فيها سواء افي الرحم ام في الموثة

(prostate) ام السرم في هؤلاء المرضي الذين على اهبة الرحيل عن هذه الفانية يجب قبل كل شيء ان تخفف آلامهم التي لا تحتمل متى سمحت حالتهم العامة بالتوسطات الجراحية فتجرى لهم العمليات الودية حول الشرايين الكبيرة الحوضية : تكشف الشرايين الخثلية والحرقفية حتى تشعب الوتين (aorte) ثم يقطع الودي المحيط بها ويقطع العصب امام العجز .

واذا لم يكف هذا يلجأ الى العمليات النخاعية : قطع الجذور الخلفية الذي قلما يكفي لأن العملية الفضلى هي قطع الحبل ويستعاض عن قطع النخاع المعترض لكاشنغ بقطع الحبل في الجانبين ،

ان جراحة الألم جراحة صعبة فعلى الجراح ان يكون متأنياً في اجرائها لئلا يفوق ضرره نفعه وتخيب عملياته او تنكس الآفات التي يعالجها لأن اسرارها لم تعرف جميعها بعد . واننا لنأسف لأنها لم تنتشر حتى الآن انتشاراً كافياً وسبب ذلك التأخر في اجراء هذه العمليات والاضطرار الى اجرائها على مرضى قد اعتادوا المورفين وانقلبوا مرضى روحيين لا تنجع فيهم العمليات ولو كانت مفيدة لانه ما من واسطة تقوى على تخفيف آلام مرضى كهؤلاء

ومضمار هذه الجراحة فسيح وهي لم تقطع منه حتى الان الا القليل ومستقبل باهر ينتظرها .

وداع معالي عميد الجامعة السورية

دعت كلية فرنسة Collège de France في باريز المعهد الطبي العربي ليرسل احداً من اساتذته فيمثله في احتفالها المئوي فاجتمع مجلس الاساتذة وارتأى ان يقوم الاستاذ رضا بك سعيد عميد الجامعة السورية بهذه المهمة ويطلع على ما استحدث في معاهد الطب الغربية المختلفة من امور ادارية وفنية وغيرها لأن معاليه اجدر شخص بهذا التمثيل سيما وهو المؤسس للمعهد الطبي واكبر ركن فيه وقد شاد له المخابر الكثيرة وسار به شوطاً بعيداً في مضمار الرقي حتى اصبح المعهد بفضل جهوده يضاهي ارقى معاهد العالم . وقد رغب زملاؤه اساتذة المعهد المذكور وتلاميذه في اقامة حفلة تكريمية وداعية والحوا عليه في تعيين يوم السفر ليكونوا على بينة من امر حفلتهم فكان لا يجيب عن موعد ذهابه حتى لأقرب الناس اليه تحاشياً من مظاهر الحفلة وما ذلك الا لما طبع عليه هذا الرجل من التفاني في خدمة الامة ونهضتها العلمية صامتاً ساكتاً دون الاكتراث بمظاهر الحفاوة والاحترام وذلك شأن اكثر العظماء في اعمالهم . فان الرجل لا يكون عظيما بالحفلات والمظاهر التي تقام له بل باعماله الخالدة وآثاره المجيدة وآثار الرجل اكثر من ان تعد .

وما ازفت ساعة الاجتماع حتى قدمت الوفود من اركان الدولتين السورية والمنتدبة واعيان البلاد ولما انتظم عقدهم اخذ الاستاذ طاهر بك الجزائري يقدم الخطباء واحداً بعد آخر وكان اولهم معالي الاستاذ عبد القادر بك العظم فالقى خطاباً رائعاً وصف فيه نفسية عميدنا احسن وصف ثم تقدم الاستاذ طاهر بك الجزائري بخطاب انيق بيّن فيه جهود رئيسنا المحبوب وما فطرت عليه نفسه من التفاني في الخدمة والاخلاص في العمل ثم خطب الدكتور مسلم بك القاسمي خطاباً نفيساً اعرب فيه عما يكنه ضميره وما يشعر به المأذونون من العطف والاخلاص نحو رئيسهم واستاذهم وتلاه الطالب السيد عبدالله الرفاعي فالقى ابيات كانت غاية في الرقة والابداع وانا نثبت فيما يلي الخطب المذكورة تباعا .

وبعد ان انتهت الخطب وقف المحتفى به معالي العميد فالقى خطابا بليغا شرح فيه خطته والغاية التي يرمي اليها في إحياء النهضه العلمية وارتجل الاستاذ الشيخ هاشم الخطيب كلمة تناسب المقام امتدح فيها جهود العميد وتوسل الى الباري عزّ وجل ان يكثر من امثاله وان يوفقه في اعماله .

خطاب معالي الاستاذ عبد القادر بك العظم

فخامة الرئيس، سعادة المندوب، سادتي :

دعا معهد (كولهج دوفرانس) في باريز — الجامعة السورية لحضور احتفاله بعيده المئوي الرابع — فالتمس المجلس من معالي رئيسه الدكتور

رضا سعيد بك عميد الجامعة ان يمثله في هذا الاحتفال — فاجاب معاليه هذا الرجاء وتأهب للسفر وبهذه المناسبة رأى اساتذة الجامعة من اطباء وحقوقيين وادباء اقامة هذه الحفلة لوداع رئيسهم وعميدهم الكريم واظهار شعورهم نحوه فاشكر حضراتكم لما اظهرتم من العطف بمشاركتنا في احتفائنا بهذا الرجل الفذ الذي هو حري بكل تكريم وتبجيل .

لقد رافقت الدكتور رضا سعيد بك في جميع الادوار التي تعاقبت على معهدي الطب والحقوق قبل تأسيس الجامعة وبعده فاذا تكلمت عنه فانما اتكلم عن علم باحواله وخبرة باعماله .

الدكتور رضا سعيد بك يا سادتي عبقري بكل ما في هذه الكلمة من قوة ومعنى فهو رجل عمل وجد ونشاط مستمر لا يكل ولا يمل ، لا يهدأ ولا يفتر تراه في فصل الشتاء تحت الثلوج والامطار وفي ايام الصيف تحت اشعة الشمس المحرقة يخرج صباحا من داره فيمر بمعاهد الجامعة وفروعها ويؤم المخابر والمستشفى ومحال العيادة يتفقد شؤونها ويشرف على الاعمال القائمة فيها يبدي آراءه بسرعة زائدة وتكاد تظن من نضوج هذه الآراء انه قضى ليله في درسها في حين انه يصدر أوامره فيما يقع نظره عليه من فوره ولا يزال يتنقل من الشؤون الادارية الى الامور العلمية الى اعمال البناء والترميم والاصلاح الى غير ذلك. ثم يحضر الى دار الجامعة التي تعد مفخرة من مفاخر دمشق وان القطر الشامي مدين بها لهمة الدكتور رضا سعيد بك ومضائه فهي مثال حي لما امتاز به هذا الرجل من مزايا النشاط وحب العمل يحضر الى دار الجامعة فيبدأ من فوره بدرس المشاريع ومقابلة ارباب

المصالح وانفاذ الاوامر اللازمة في شؤون الادارة والتدريس ومخابرة المراجع وحل المشاكل والصعاب ثم يتفرغ بعد ذلك لإلقاء دروسه والقيام بعملياته الجراحية في الفرع الذي اختص فيه وهكذا يثابر على اعماله الى ساعة متأخرة فلا يخرج قبل الساعة الثالثة ولا يلبث ان يعود في الساعة الخامسة فيتمم ما بقي من اعمال الصباح ويبقى حتى الساعة الثامنة وكثيراً ما غادر الجامعة في الساعة الحادية عشرة او الثانية عشرة.

اني لا ابالغ اذا قلت لحضراتكم ان الجامعة قائمة بشخص الدكتور رضا سعيد بك . نعم لا انكر على اساتذة الجامعة الكرام ما يبذلونه من الجهود القيمة في سبيل اعلاء شأنها فهم دعامتها وعوامل نهضتها ولكن الجامعة جسم هو روحها وقلبها النابض .

ان إمثل الصفات التي تجلى في الدكتور رضا سعيد بك هي الاخلاص وعلو الهمة والتفاني في خدمة العلم والناشئة فقيامه باعادة تأسيس المعهد الطبي بعد ان قضت الحرب العامة وجمعه شتات الاطباء العاملين من ابناء هذه الامة الكريمة الذين بعثرتهم الحرب تحت كل كوكب ونفخه فيهم روح النهضة والعزيمة الصادقة واستكماله اسباب هذه النهضة في غضون عشر سنين حتى غدت الجامعة السورية تعد في مصاف الجامعات الراقية لاكبر دليل على اخلاصه وحسن بلائه وقد عانى الدكتور في هذا السبيل من الصعاب ما لا يوصف ولكنه ثبت ثبات الاطواد وجاهد جهاد الجبابرة حتى وفق الى بلوغ هدفه الأسمى .

ولا بد لي وانا في هذا الموقف من الاشادة بذكر المساعدات الطيبة

والاعتراف بفضل المعاونات القيمة التي بذلها رجال الحكومتين المحلية والمنتدبة واخص بالذكر فخامة الرئيس الحالي وسعادة مندوب المفوض السامي لما لهما من الايادي البيضاء في تأييد هذه المؤسسة واعلاء شأنها وما لمعالي الوزراء والمستشارين الحاليين الكرام من العطف والعناية الفائقة في سبيل تقدمها ونجاحها .

والخلاصة يا سادتي انا اذا استعرضنا حياة المحتفى به منذ الهدنة حتى اليوم وجدنا حياة ملؤها الجد المثمر والنشاط المستمر والتفاني في رفع مستوى العلم وخدمة اللغة وانعاش النبوغ الوطني — حياة جهاد طويل في سبيل خير الناشئة والامة تكللت بالنجاح فكان في ذلك خير جزاء يملأ نفس صاحبه بالجذل والاغتباط اللذين يحفزانه الى الاستزادة والمضي في جهاده — ولم يصب من ظن ان الدكتور رضا سعيد بك ذاهب الى فرنسة للخلاص من عناء العمل والتلذذ بنعمة الراحة لأن من يعرف الرجل يعلم انه إنما يقصد تلك البلاد ليقتبس من نورها ويغترف من معينها الفياض ما يساعده على ما هو بسبيله من خدمة وطنه وامته .

فامض يا حضرة العميد الى مهمتك محموداً وعد الينا سالماً موفقاً انشاءالله .

❀ ❀ ❀

خطاب سعادة الاستاذ طاهر بك الجزائري

لم اقم لأعرّف نكرة بل لأنحني امام علم واترنم بذكر اعماله

سادتي :

تذكرون كلكم حالة هذا المعهد يوم انسحب الترك من هذه البلاد فقد تركوا جدراناً على وشك الانهيار وكانت السماء متلبدة بغيوم الفوضى والاضطراب وتعلمون ان حياة البلاد بمعاهد التعليم العالي وقد ظن الترك انهم تمكنوا من اخماد انفاس امتنا وسلّوا عرق الحياة من بين جنبيها فأنى لها ان توصل ما قطعوا وتجمع ما بعثروا وبددوا وتشيد ما هدموا وقد فاتهم ان في سويداء الشام فتاها فقام على انقاض حصن الحياة وجمع حوله بقية السيوف وبث فيهم روحه وكهربهم بعزمه ومضائه وسار امامهم يقودهم في طريق حياة الامم فجدد ورمم وشيد واحدث وهو ما زال يعمل ويكدح لا يكل ولا يمل وها هي نتيجة مساعيه امامكم تشهد بفضله .

وانكم لتظنون اني ابالغ اذا قلت لكم ان الدكتور رضا سعيد لا يكل ولا يمل ولا يعرف للراحة معنى ولكني لا اقول الا الحقيقة فكم من مرة عدته في حالة المرض فوجدته وقد بلغت حرارته تسعاً وثلاثين درجة وهو يعمل في فراش المرض .

سلوا رئيس ديوان الجامعة ومحاسبها وبقية موظفي الادارة وزملاءه اساتيذ معهد الطب هل بامكانهم احصاء الليالي التي قضوها واياه يعملون حتى الصباح ، فالارض تدور حول الشمس والدكتور رضا سعيد يعمل في

الجامعة وللجامعة . فهو الحركة الدائمة التي لا تعرف الفتور وقد عزم الآن على الذهاب الى ديار الغرب طلباً للراحة من عناء الاعمال استغفر الله فقد اخطأت اذ قرنت اسم رضا سعيد بالراحة انه ذاهب للعمل وسيشترك بالمؤتمرات الطبية والعلمية وسيزور الجامعات والمعاهد وسيعمل هنالك مدة خمسة اشهر اثناء العطلة الصيفية ثم يعود الى دمشق ليواصل عمله . فامام هذا العامل الجبار انحني بكل احترام واتمنى له سفراً سعيداً وعوداً محموداً . .

❀ ❀ ❀

خطاب الدكتور مسلم بك القاسمي

الطبيب الداخلي في مستشفيات دمشق

سادتي :

اذا احتفل هذا الجمع في وداع الدكتور رضا بك سعيد فانما يحتفل في وداع رجل عظيم من رجالات سوريا وركن كبير في هذا المجتمع له اثره البارز في ثقافتنا العلمية ، ونهضتنا القومية .

فلا غرابة اذا رأينا اندفاع العواطف واندلاع الاحساسات نحو وداع رجل تربع عرش الجامعة السورية غير مدافع .

فاليه يرجع الفضل في كل ما نراه من آثار التجديد في هذه الجامعة وعلى امثاله تعقد الأمة امانيها الرائعة ، وبهمته تحقق احلامها الذهبية .

وليست هذه الصروح الفخمة صروح العلم والادب التي نجتمع تحت سمائها وتتعالى اصواتنا في ارجائها الا نذراً يسيراً من خدماته الجليلة نحو هذا الشعب .

اي فرد يلقي نظرة بسيطة على هذه الجامعة السورية ولا يخالج قلبه السرور فهنالك المعهد الطبي بفروعه الطب والصيدلة وطب الاسنان والقبالة تخرج في كل عام فئة صالحة ينقذون هذه الانسانيه من ويلاتها .

وهنالك المخابر المجهزة باحدث الآلات ، والمستشفى بقاعاته الرحبة غاية في الاتقان والابداع ؛ وغرف تكية السلطان سليم اصبحت مخابر علمية يلجأ اليها الطلاب لتلقي العلوم والفنون بعد ان كانت خراباً يباباً ينعق البوم في ارجائها ، وبين مخابر التكية نجد الى الجانب الشرقي مكتبة فريدة من نوعها تضم الآلاف المؤلفة من الكتب القيمة مما يرجع اليها الطالب في خلال دراسته .

وهنالك معهد الحقوق يخرج في كل ربيع طائفة يكون في المستقبل منهم الاداري والحقوقي والسياسي ، وهذه شعبة الآداب التي لم يمض على تأسيسها زمن كبير سوف تخرج من الكتاب والادباء والشعراء ما ليس لأمة ناهضة غنى عنهم .

وهذا الصرح الأشم مبعث الادارة والنشاط والحركة ، وهذه القاعة الفسيحة جعلت ردهة للمحاضرات الطبية والادبية والفلسفية والاجتماعية ، واقامة الحفلات لتكريم النوابغ والعظماء .

وهذا هو مستشفى الامومة maternité قد بوشر في تشييده وسوف لا يمضي زمن بعيد الا ونرى الامهات يلجأن اليه عند وضعهن فيلدن دون مشقة او عذاب ناجيات من ايدي القوابل الجاهلات اللواتي يعثن في ارحام الامهات فساداً وبمثل هذا ينشأ من الامة نسل صالح وامهات قويات ، وهل تدوم

حياة الامة الاجتماعية اذا لم تقم دعائمها على افراد متمتعين بصحة جيدة وروح قوي .

كل هذه الاعمال قامت يا سادتي بفضل جهود عميد الجامعة المتواصلة ، واذا تصورنا ان هذه الجامعة فتاة في نهضتها لم تجاوز الثالثة عشرة من العمر لاكبرنا اعمال العميد ووجدنا اننا لم نوفه حقه في هذا التكريم والوداع ..!!

هنالك يا معالي العميد ادمغة نيرة تقدر جهودكم ، وألسنة ناطقة ببيض اياديكم ، واعناق تلاعة نحو عظيم مآثركم ، ونفوس معجبة بما اوتيتموه من كبير المواهب .... !!

وهنالك ايضاً كتلة كبيرة تعضدكم ، وحزب عظيم يشد ازركم لا زال يقيض لهذه الامة افراد عاملون على خيرها وصلاحها امثالكم .

هذا الحزب وتلك الكتلة هم المتخرجون على جامعتكم ، وآخرون يتقاطرون الى الجامعة من كل حدب وصوب يتسابقون الى ارتياد مناهل العلم والعرفان . هؤلاء هم اركان النهضة في المستقبل وهم بذرتكم تعيش في تربتكم ، وتزدهر بنمير مائكم ، وتثمر تحت وارف ظلالكم ... !!

* * *

وبعد ؛ فما امة يعيش بين افرادها فئة تضم الى جانب العقل والعلم الاخلاص والاقدام ، ويخشى عليها ان يعتورها نسمات العفاء او تنالها ايدي الاضمحلال ؛ سيما وبين ظهرانينا من امثال عميد الجامعة ما يكفل لنا ان نحيا حياة العلم والعمل حياة الرغد والسعادة .

واخيراً هل انت راحل الى عاصمة العلم والجمال من اجل نزهة تروح بها

ما أَلَمّ بنفسك من العناء والتعب ؟ ما عهدنا ان نزهتك تطيب لك خارج جدران هذه الجامعة ! انما انت ذاهب من اجل الغايات النبيلة التي تسعى وراء تحقيقها ليلاً نهاراً ؛ هذه هي خدمة الجامعة السورية خدمة حقة تنهض بهذا الوطن .

* * *

هذا واني اتقدم اليكم يا معالي العميد بهذه الكلمة الموجزة باسم المأذونين من معهد الطب في هذا العام — راجين لكم سفراً مباركاً محفوفاً بالسرور فعلى الطائر الميمون يا سيدي العميد . . . ! ! !

❀ ❀ ❀

خطاب السيد عبدالله الرفاعي

سادتي الاساتذة :

كيف يسعدني النطق فأَصف ما يكنّه التلميذ لاستاذه وفضل هذا وواجب ذاك وقديماً جرى الكثيرون ليعطوا الصورة الحقة عن الاستاذ وتلميذه او عن الوالد وربيبه فقصروا اشواطاً . واني لأَترك كل ماقيل واتمسك بكلمة طربت لها وراقني معناها فاقول : ان الاستاذ رسول للهداية يبعث اشعته الحية فيحيي موات القلوب .

يا فخامة الرئيس كانك علمت ان لسفرك وقعاً على ابناء هذه الجامعة وخفت ان يشغلهم الاضطراب لسفرك عن الاستعداد للفحص فكتمت وكأنك قلت بنفسك ان كيف يتأَتى لنا نحن الطلاب ان نقوم بواجبنا نحوك وشبح الفحص الرهيب يرعب نفوسنا ففاجأتنا بالخبر مفاجأة وقلت الوداع .

يا لها من كلمة ترجف الافئدة فتدعها حائرة وهل اشد من الفراق لوعة وهل امر من البين جرعة ولقد يتلعثم اللسان في هذا الموقف فلا يدري ما يقول او فلا يستطيع ان يقول ولكن مهلاً يا فخامة الرئيس فاذا عاقنا الفحص عن ان نقوم بالواجب كله فلا نتركه كله .

رضينا اذا ما الرضا وافى رئيساً مكرماً	بيمن واقبال وسعد على سعد
الى الغرب يسري وهو بالنور مشرق	سعيداً ينير الغرب كالشهب السعد
وفي العود محمود اذا جدّ جده	يريك مجاني الغرب تقطر كالشهد
اذا شئت فاحمل عن قلوب سلامنا	لمرشدنا في الغرب انا على وجد
وللشوق سرّ في القلوب علا بها	وسري علا فوق السماكين بالمجد

❀ ❀ ❀

خطاب معالي العميد

سيداتي وسادتي :

ملت الأسماع من بيان ما للعلم من فوائد. ومجت النفوس من تبيان حاجتنا اليه . ولم يترك الخطباء زيادة لمستزيد. فاصبح الجمهور يعتقد هذه الحقيقة لكنه يتطلب تحقيقها فعلاً . وقد اقبل الناس والحمد لله على ارواء النفوس الظمأنة من مختلف الينابيع العلمية العذبة حتى ظهر للامة عظيم الحاجة للتعليم العالي الذي يرفع مستوى البلاد ويدعم اللغة العربية بالمصطلحات الحديثة وأضحت البلاد تفتخر على سواها من البلاد العربية بجامعتها الفتية السائرة في مضمار الرقي مضاهية لجامعات الامم الغربية وليس الفضل في ذلك لعميد الجامعة . بل الفضل كل الفضل لزملائي الاساتذة الذين ما فتئوا

يشاطروني خدمة الجامعة . ويغرسون الفضائل العلمية والعملية فيها ويسهرون الليالي الطوال لايجاد خير الطرق المؤدية الى فائدة ابنائها وما عمل عميد الجامعة الا قوة مستمدة من تلك القوى المتحدة فاذا عمل العميد فانما يعمل بتلك القوى ، فهو اذاً مظهرها .

سادتي . تعلمون ان جامعتنا سائرة والحمدلله بخطى واسعة نحو الامنية المقدسة وهذا ما يدعونا لزيارة الجامعات الغربية ورؤية الحديث المفيد فيها من طرق ونظم اذ لا بد من اتباع سنن التطور كيلا تكون جامعتنا في مؤخرة الجامعات. وعليه ارى نفسي مضطراً للسير مع اخواني من اجل البحث والتنقيب والتتبع ثم اعود الى وطني للعمل واياهم يداً واحدة ان شاءالله .

هذا وفي الختام اشكر لزملائي الافاضل اساتذة الجامعة الاعلام اقامة هذا الاحتفال الذي ليس هو من حقي وليس بواجب عليهم بل هو من كرم عنصرهم وطيب اصلهم وقد شاءت ارادتهم اظهار الحب المتقابل والعمل المشترك ، راجياً منه تعالى ان يوفقني واياهم لخير البلاد ونفع العباد .

وارفع عظيم شكري وجزيل امتناني للسادة الذين شرفوا هذه الحفلة فبرهنوا على حسن ظنهم وعظيم ثقتهم راجياً منه تعالى ان أوفق لتحقيق امانيهم والله من وراء القصد والسلام .

ثم انطلق المدعوون حيث أُعدت لهم موائدات في اروقة بناء الجامعة الفخم فشربوا المرطبات وشكروا للمحتفلين عملهم واثنوا على اعمال المحتفى به جزيل الثناء .

❀ ❀ ❀

فحوص آخر السنة

تمت الفحوص السنوية وكان عدد الناجحين في هذه السنة اكثر مما كان عليه في السنين الماضية لامور عديدة منها تزود المعهد بكل حديث ونشاط الاساتذة واخلاصهم في التدريس وارتفاع سوية المنتسبين حديثاً اعني ارتفاع سوية التعليم الثانوي بتطبيق نظام البكالوريا

وقد اخرج المعهد الطبي في هذا العام فئة من الاطباء واطباء الاسنان والصيادلة والقابلات وسوف تتقدم هذه الفئة للعمل بكل نشاط واخلاص فتقوم بما يجب عليها من الخدمة في البلدان العربية وفقها الله

الاطباء:	السيد اكرم شومان	لاذقية
	« عبد الحليم العلمي	دمشق
	« عبد الهادي القاعاتي	«
	« قاسم ملحس	نابلس
	« مسلم القاسمي	دمشق
	« مصطفى فؤاد الساطي	«
الصيادلة :	« توفيق مزهر	لبنان
	« جورج جرجس	مصر
	« خيرة باميش	لاذقية
	« مصطفى المنصوري	حلب

اطباء الاسنان :	السيد شفيق يعقوب	مصر
	« عادل العوا	دمشق
	« مسلم السمان	دمشق

القابلات :	الآنسة تقية السيد	حماه
	« رضوانية ابو القاسم	مصر
	« فاطمة يزذي	«
	« لطفية ماريني	شام
	« وجيهة دباغ	حلب



قدوم استاذين فاضلين

قدم الحاضرة الاستاذان مرشد بك خاطر ومنيف بك العائدي بعد ان قصدا ديار الغرب ليتزوذا من معاهده العلمية بكل ما استحدث .

وما ان شاع خبر قدومهما حتى خف زملاؤهما واصدقاؤهما وتلامذتهما لزيارتهما وتهنئتهما مغتبطين بعودتهما سالمين اكثر الله من امثالهما .

الجزء ٧ المجلد ٨

مجلة
المعهد الطبي العربي

دمشق في تموز سنة ١٩٣١ م الموافق لصفر سنة ١٣٥٠

تناذر ذنب الفرس المحدث بآليتي المط والفتل

للدكاترة

الاستاذ ترابو

وحسني سبح رئيس السريريات واحمد الطباع الطبيب الداخلي

في معهد الطب بدمشق

يلي تناذر ذنب الفرس عادة رضوض الفقار القطنية العجزية ، والانضغاطات الموضعية ومط الاعصاب بشد أجري على الطرفين السفليين ومشاهدتنا التالية وان يكن العامل فيها رضاً وقع على الجذع والعمود الفقاري أحدثت بآلية نادرة لسلامة النخاع والفقار فيها وإصابة الجذور القطنية العجزية العصعصية وحدها اصابة شديدة .

دخل المريض ت . . مستشفى دمشق العام في ٥ كانون الثاني من السنة ٩٣٠ لضعف ساقيه وخلل في مصراته يعود عهدها الى سنتين وسببهما احدى طوارىء العمل فقد سقط على ظهره ورأسه عمود غليظ طواه طياً جاعلاً رأسه ملاصقاً لقدميه وأبقاه في السبات عشرة

ايام وقد روى له من شاهده وقت الحادث ان انفه واذنه الايمنين نزفا دماً غزيراً وقد ذكر هو نفسه ان سنين من اسنانه قد كسرتا وانه حينا صحا من سباته في اليوم الحادي عشر كانت في اجفانه كدمات واسعة ولا تزال . ولسنا نعلم ما اتخذ له من التدابير الاولى ولكننا نعلم ان البزل القطني لم يجر اذ ذاك وقد اصيب المريض يومئذ على ما نرجح بشق في طبقة الجمجمة الامامية مع ارتجاج دماغي شديد يعلل لنا النسبات . وعند صحوه اشتكى ما يشتكيه اليوم اضطراباً ظل باقياً رغم توسط جراحي اجري على العمود القطني لا يزال اثره الندبي الخطي ظاهراً في الوسط وقد ثبت برسم الاشعة الامامي الخلفي والجانبي ان الصقل (squelette) خال من الكسور والخلوع وان التوسط قد اقتصر على نزع نائيء الفقرة القطنية الثالثة الشوكي فقط فالعلائم المرضية لم تتبدل والمشهد السريري بقي كما هو اليوم .

وقد لاحظنا لدى معاينته ان في طرفيه السفليين ضموراً هو اوضح في اليمين منه في اليسار حيث قوة العضل اضعف وان جميع الحركات الفاعلة ممكنة ، حتى ان المشي ممكن على الرغم من صعوبته للضعف العضلي وان المطابقة سليمة ومنعكسات الدابرة « وتراخيلوس » ممحوة والمنعكسات الداخصية موجودة لا بل متزايدة قليلاً ، والمنعكسات الاخمصية مضمحلة وكذا منعكسات الصفن ولكن تقاصاً بطنياً يعيض عنها واما المنعكسات البطنية فباقية وان اضطرابات الحس عظيمة ومرتبة ترتباً جذرياً : في مناطق الاعصاب العجزية الثالث والرابع والخامس ، فقد الحس تام باللمس (الألم والحر والبرد) وفي منطقة العجزيين الاول والثاني تناقص في الحس وفساد حس في اقسام واقعة بين حدود القطني الخامس اي في ابهام القدم وفي القطني الرابع في القسم المتوسط لوجه الساق اليمنى الانسي ، ولم نجد في اي نقطة من نقاط جسده فرقاناً حسياً كما في تكهف النخاع (syringomyélie) ويشكو المريض عسراً في البول ولا يشعر بحاجة اليه ولا بمروره ولكنه يبول بارادته وبدون القثطرة التي لجأ اليها اولا ، الانتعاظ والشبق مضمحلان والقبض عنيد والانعكاسات الشرجية ممحوة وتشاهد اختلالات اغتذائية : فقاعات واحمرار ورقة في الجلد في مناطق العصبين العجزيين الرابع والخامس حول حاشية الشرج .

وقد جنيت من التفاعلات الكهربية المعلومات التالية : في الايسر تفاعل حؤول في العضلات المعصبة بالاعصاب الالوية والسدادي والفخذي والوركي وفي الايمن تفاعل حؤول

قسمي في المناطق نفسها مع تفاعل حؤول تام في المنطقة العضلية للوركي الأبضي الانسي والالوية الكبيرة وقد استخرج بالبزل القطني مائع رائق سال قطرة قطرة طبيعي من الوجهتين الكيماوية والخلوية

يستنتج مما تقدم ان المريض اصيب بتناذر ذنب الفرس غير اننا لا نستطيع القول باصابة المخروط النهائي بانصباب دم في النخاع (hématomyélie) حين الرض لخلو المريض من الفرقان الحسي كما في تكهف النخاع ولان آفات المريض تخف او تزداد منذ اليوم الاول الذي اصيب به حتى الآن ولأن التفاعل الكهربي يثبت لنا هذه الحقيقة مبينا ان الخراب وقع على الجامعة العصبية المحيطية .

وتستنتج آلية حدوث العلة من استجواب المريض: فانه انثنى اثناء تحت عمود غليظ حتى ان العمود الفقري مطّ بشدة ومطّ معه ما فيه وانا لنعجب كيف ان رضاً عنيفاً كهذا لم تصحبه آفات عظمية شديدة بالاقتلاع كما اثبتت الاشعة وابان التوسط الجراحي الخفيف الذي اقتصر على نزع ناتىء الفقرة القطنية الثالثة الشوكي ومهما يكن فان النخاع ظل سالماً ولم ينصب دم فيه ودليلنا خلو المريض من الفرقان الحسي كما في تكهف النخاع وفقد الاعراض الهرمية .وتصحب النزوف النخاعية عادة آفات الجذور القطنية العجزية المحدثة بالمط ففقدها في المشاهدة التي نوردها صفة نادرة. وزبدة القول ان جذو ذنب الفرس هي التي اصابها الحادث وحدها وان ابعدها واقصرها (الجذور العجزية العصعصية) كانت اشدها اصابة ولعلّ قصرها وقصر غمدها التي ترتبط بالسحايا من جهة وبالعظام من جهة اخرى لم تسمح لها بالتمدد الكافي

فاصابها ما اصابها والعلامات الدالة على اصابة الجذور العجزية الاولى والقطنية اخف ومع ذلك فان القطني الاول الذي يسلم عادة لخروجه من القناة الفقرية حذاء المخروط النخاعي ونجاته من العوامل التي تحدث تأثيراتها تحت نهاية النخاع ، لم يبق سالماً في مشاهدتنا هذه لان العضلات التي يعصبها الوركي بدا فيها بعض الحؤول . وان ما في مريضنا من الاعراض ليس متناظراً لان معظم الضمور والاضطرابات الحسية والكهربية واقع في الجهة اليمنى فيستنتج من هذا ان العمود الغليظ الساقط لم يثن الجذع تماماً حول المحور بين الحقين فأضيف فتل الجذع الى المطوحدث ما حدث .



اشكال الداء الرثوي السريرية

مترجمة بقلم الاستاذ شوكة موفق الشطي

يطلق هـ . غرونه كلمة الرثية على آفات حادة او مزمنة تبدو اعراضها ولا سيما في المفاصل والرثية في الواقع تناذر (syndrome) لم يصنف بعد تصنيفاً حسناً اسبابه وإمراضه مختلفة .

ويبدو في بعض الاحيان داء انتاني يدل سيره الحاد او الخفيف الحدة وكثرة تعرقله بآفات في الاغشية المصلية (التهابات الشغاف والتأمور والجنب وغيرها) ونفع الصفصافاة « ساليسلاة » فيه على انه رثوي وهو احق من غيره باسم الداء الرثوي ويتغلب ظهور الاعراض المفصلية فيه على انها ليست اساسية دائماً فقد تكون خفيفة جداً وقد لا يظهر لها اثر . ولذلك فان قسمة الداء الرثوي المفصلي ليست صحيحة كل الصحة بل انها تنطبق على اكثر مظاهر هذا الداء او بالاحرى على اظهرها ويرجح اطلاق الداء الرثوي عليه . وقد تناول العلماء بحث الرثية في السنين الاخيرة وفي زمرتهم غرونه ونذكر فيما يلي النماذج الاساسية من اشكالها .

الشكل المتغلبة اعراضه في المفاصل او الرثية المفصلية الحادة

لا يخفى ان هذا الشكل يبدو كمرض حمي تصاب به عدة مفاصل ولا سيما

الكبيرة ينتقل الالتهاب فيه من مفصل الى آخر ولا تكون عاقبة هذا الالتهاب التقيح في الغالب ويبدو لون الوجه فيه شاحباً ومن اعراضه العرق ويتعرقل خلسة بالتهاب الشغاف والتأمور وكثيراً ما عاد او نكس .

ولا بدّ من الانتباه لبعض النقاط فكثيراً ما بدأ بخناق ويقع ذلك في ثلث الحادثات تقريباً . هذا ولما كانت الحادثات التي تبدو بخناق كثيرة فقد فكر بعضهم ان باب الدخول هو اللوزة واقترح استناداً الى هذا الرأي ان تستأصل اللوزة تحاشياً للعودة غير ان غرونه ليس من هذا الرأي .

وتدخل الاضطرابات الهضمية في زمرة الاعراض الاساسية وتبدو بثلاثة اشكال

- اسهالات تسبق اصابة المفاصل وتستمر من ٨ — ١٥ يوماً وهي تقل متى ظهرت الاعراض المفصلية او قبل ظهورها بيوم او يومين او بعدهما وقد تصحبها حمى

- امساك يسبق التهابات المفاصل او يصحبها وقد يكون مفيداً فيحدث انتفاخاً في البطن والاماً فيه وهو يستعصي على المساهل والحقن ولا يخضع الا للصفصافاة :

- اقياء طغامية تارة وصفراوية طوراً ويقيء بعض المرضى قياء اخضر في كل نوبة رثوية

وليست هذه الاعراض نادرة بل تبدو في ثلث الحادثات ومعرفتها واجبة لانها قد تضل التشخيص

وقد تصحب نوبة الرثية في بعض الاحيان تفاعلات خلبية والتهاب زائدة

بوهماً وتظاهرات في الجلد او تحته : عقيدات رثوية وطلوعات وفرفرية ذكرها الاقدمون وطفحاً وصفه بستيه تحت اسم الحمامى الهامشية (érythème marginé) وهي صفائح غير حاكة بارزة بعض البروز مدورة او مضلعة تبدو ولا سيا في الصدر، في مركزها قسم ملون بلون نحاسي وربما كان منخفضاً وقد يحدُّ هذه الصفائح خط احمر بارز قليلاً . ان هذه الحمامى نادرة وقد شاهدها غرونه في احد الاشكال الخطرة

يستنتج من ذلك ان هنالك اعراضاً كثيرة لم يعطها المؤلفون حقها من الذكر يهدي بعضها الى التشخيص ويضلله البعض الآخر . ولا حاجة الى الاسهاب في الاعراض المألوفة لانها مدونة في جميع الكتب بل لنفتكر دوماً في الرثية القلبية المترقية التي درسها ريبرت وبيشون ولنذكر ايضاً الصفات الخاصة في رثية الاطفال فقد لا تكون مؤلمة او يكون الالم فيها قليلاً وتبدو في عدد قليل من المفاصل وقد لا تظهر الا في مفصل واحد وتصيب بالخاصة المفاصل الصغيرة كمفاصل الفقرات الرقبية والمفصل القصي الترقوي او الصدغي الفكي وقد بدت بجنف (scoliose) حاد ظهري قطني غير مؤلم في بنت لها من العمر ١٢ سنة

اشكال الرثية المفصلية الحادة الخطرة : لسنا نعني بذلك الاشكال الخطرة بعراقيلها البعيدة فيدخل حينئذ في هذه الزمرة جميع الرثيات المعرقلة بالتهاب الشغاف المزمن . بل غايتنا البحث عن الاشكال الخطرة منذ حدوثها وصفات هذه الاشكال مختلفة في الغالب فتبدو احياناً بوقوع حادثات حشوية في اثناء سير النوبة المفصلية الحادة او بالتهاب القلب وباحتقان الرئة ووذمتها

والجناب والحوادث العصبية الدماغية او السيسائية وتكون الحمى مرتفعة والحالة العامة سيئة .

وتظهر احياناً صفات الانتان الحادة المشتركة بتظاهرات حشوية اولا قبل وقوع الاعراض المفصلية ويدخل في هذه الزمرة ما وصفه جاكو تحت اسم الرثية الحشوية الفجائية الحادة وما وصفه كالر تحت عنوان الرثية التيفية وقد بحثنا عن ذلك مطولاً منذ عام ١٩٢٠ اذ قلنا ان الاعراض العامة قد تتغلب فيشابه المرض بسيره حينئذ الحمى التيفية وتبدو فيه اسهالات او غثيان سابقة للاعراض المفصلية وقد درس بزانسون هذه الحالة تحت اسم اشكال الرثية الانتانية وابان سكلودوسكي الصعوبة في تمييز هذه الاشكال عن الحمى التيفية والبرداء والتهاب السحايا غير ان مشاهداته جميعها تثبت آفة المفصل وقد كانت الآفات المفصلية متأخرة في بعض مرضاه ومبكرة في البعض الآخر ومتوسطة في الآخرين

اشكال الرثية الطويلة : الرثية هي من الامراض المتكررة والناكسة ويتجه المؤلفون الى الاعتقاد بان الرثية مرض مزمن كالزهري والبرداء تتخلل هجعته نوب حادة ليست الا الرثية المفصلية الحادة المعروفة . غير انه يجب تمييز الرثية المزمنة عن الرثية الطويلة المدة اذ لكل منهما إمراض خاص واسباب خاصة وقد تأخذ الرثية الحادة شكلاً طويلًا مخففاً فيستمر الألم في معصم القدم او رسغ اليد بضعة اسابيع او بضعة اشهر مع انتباج يزول بالاستحمام في الحمات (المياه المعدنية)

وقد تستمر الرثية عهداً طويلًا متى عصت الصفصافاة او اسيئت معالجتها

الداء الرثوي المتظاهر باعراض منفصلية بسيطة : ان هذا الشكل معروف وكثيراً ما يضل التشخيص فقد شاهد غرونه شاباً مصاباً باعراض الحمى التيفية جميعها خلا البقع الوردية غير ان استنبات الدم وتفاعل فيدال بديا سلبيين وقد بدت بعد مدة اعراض مفصلية خفيفة نبهته الى طبيعة المرض فاعطى جرعات كبيرة من الصفصافاة كانت نتيجتها الشفاء السريع. ولا يبعد ان تتغلب في الرثية احياناً الاضطرابات الهضمية والاعراض الحلبية مما يدعو الطبيب الى الخطإ في التشخيص فيستنتج مما اسلفناه ان الانتباه لآلام المفاصل واجب حتى متى كانت متأخرة وخفيفة ومستقرة في مفصل واحد او في مفصلين.

اشكال الداء الرثوي خارج المفصل فكر غرونه في ما اذا كان الداء الرثوي قد يقع دون ان ترافقه اعراض مفصلية مطلقاً وسبق لتروسو ان ذكر الاستقرارات الدماغية والجنبية والرئوية والشغافية والتأمورية بدون اعراض مفصلية .

ويعتقد غرونه بذلك غير انه يرى ان الامر مبالغ فيه لان الرثية الناكسة او المتكررة قد تبدو بدون اعراض مفصلية كما يصادف احياناً في ازدياد الامراض القلبية الناجمة من الرثية اثر وثبات حمية هي في الحقيقة تظاهرات رثوية وهذا ما دعاه ريبير وبيشون الرثية القلبية المترقية. غير ان هذه الحالات جميعها قد سبقها دور مفصلي حاد لم يبق من آثاره الا تظاهر حشوي واحد . هذا ويعتقد غرونه بالاشكال التي لا تخالطها اعراض مفصلية مطلقاً وفيما يلي بحث عن ذلك

الاشكال الاتتانية الصريحة : تبدو الاشكال الخطرة مشابهة باعراضها

للحمى التيفية: اسهالات، قرقرة في الحفرة الحرقفية او امساك وغثيان، انتفاخ بطن، نبض متسرع او مزدوج القرع (dicrote) لسان احمر في ذروته وحوافيه كتن، طحال ضخم في بعض الاحيان. اما اللطخ الوردية فمفقودة واستنبات الدم وتفاعل فيدال فسلبيان. غير انه من الممكن في هذه الحالات تعيين اعراض خاصة تدل على الرئية كالتهاب الشغاف واحتكاك التأمور والجنب وعقد تحت الجلد وقد تكون هذه الاعراض وقتية ويجب في كل حال متى شك في الأمر تجربة الصفصافاة فان افادت دلت على الرثية وكثيراً ما ينكس المرض باعراض مفصلية او تسبقه اعراض داء الرقص. ويمكن ادماج بعض حالات خاصة في هذه الزمرة يشكو المصاب بها حمى معتدلة ولكنها مستمرة راقصة وشحوب لون الوجه واصفرار البطانات الظاهرة وسعالاً واعراضاً معدية معوية مما يجعل الطبيب في شك باصابة مريضه بذات القصبات او سل الرئة وتبدو بعدئذ علامات قلبية تجلو التشخيص فيتم الشفاء ببضع جرعات من الصفصافاة

وقد تبدو هذه الحادثة في من اصيبوا بالرثية فيسهل التشخيص

الاشكال الحشوية الصريحة : نذكر في هذه الزمرة استقرارات الانتان الرثوي العضوية التي لم ترافقها تظاهرات مفصلية .

الاشكال القلبية : هي اكثر الاشكال الحشوية وقوعاً يصاب اولاً التأمور وقد يظن ان اصابته سلية لان سير المرض بطيء والحمى مستمرة وليست الحرارة مرتفعة ارتفاعاً زائداً ويصحب ذلك نحول شديد غير ان الصفصافاة تخفض الحرارة وتزيل الاحتكاك وتشفي المريض

وقدشاهدغرونهمعدلالاند حادثةرثية بدت بوهط القلب (collapsus) مع ازرقاق وبرودة وصغر النبض وغير ذلك من اعراض الانقلاب ثم ظهرت احتكاكات في التأمور فشك في طبيعة المرض الرثوية وقد تحقق هذا الشك بزوال الاعراض المذكورة باستعمال الصفصافاة .

وشاهد اتيان حادثة التهاب عضلة القلب (myocardite) الرثوي الحاد الخطر مع حمى وبدون تظاهرات مفصلية او تأمورية او شغافية شفيت سريعاً بالصفصافاة . وشوهد في شخص آخر ان التظاهرات المفصلية اصابته منذ اربعين سنة .

وقد تبدو الرثية بالتهاب الشغاف مع حمى درجتها مختلفة

الاشكال الجنابية الرئوية (pleuro-pulmonaires) ليست نادرة وقد ذكر تروسو شيئاً عن ذات الرئة الرثوية بدون تظاهرات مفصلية وقد شاهد كاتالا وأوليفيه حوادث احتقان رئوي جنبي ثم شفاءها سريعاً بتأثير الصفصافاة وذكر كوساد ورنيه ر حادثة بدا فيها التهاب الجنب الرثوي واستعين على التشخيص بسوابق المريض الذي كان قد اصيب برثية نموذجية وذكر بونتيو حادثة جناب رثوي انسكابي .

الشكل المريئي (f.œsophagienne) نادر وقد نوه عنه موريس رينو في الرثية المفصلية بقوله ان آلاماً مريئية قد تسبق الاعراض المفصلية او تتأخر عنها . وقد شاهد غرونه حادثة واحدة اصيب المريء فيها بالرثية وبدت علامات عسر بلع والام وغير ذلك من الاعراض بدون اعراض مفصلية

الاشكال الجراحية الموهمة : (T. pseudo-chirurgicales) نذكر تحت

هذا العنوان الاشكال البطنية مع علامات التهاب الزائدة الموهم ولم نشاهد اعراضاً خلبية (بريتونية) مجردة مطلقاً . وقد شاهدنا مع الدكتور بن سوفه وغرن التهاباً رئوياً في المرارة

وقد اثبت غرونه اشكالاً عفنية مقيحة للدم مع تقيح او بدونه وهي تتصف بتظاهرات حشوية وحالة اتانية خطرة جداً وشاهد ابنة لها من العمر ثماني سنوات حكم بعض الزملاء بانها مصابة بجناب قيحي لانها شكت اولاً نافضاً (frisson) فجائياً وحمى درجتها ٣٩ وكان لون وجهها شاحباً وزلتها (dyspnée) شديدة ولسانها جافاً وشفتاها كذلك وقد بزلت استقصاء فاذا بالقيح يخرج مع البزل ثم ظهر عرض اخر وهو الاحتكاك في ناحية القلب. فحص القيح فلم تر فيه مكورات رئوية (pneumocoques) ولا غيرها وقد بدت على الصدر عناصر طفح كما يقع في بعض الاشكال الرئوية الخطرة وهذا ما جعلنا نجسر على اعطاء المريضة جرعات كبيرة من الصفصافاة ريثما تأتينا نتيجة الاختبارات المخبرية الاخرى ولاحظنا على اثر ذلك ان الحرارة قد هجعت والحالة العامة تحسنت والقيح غار بدون بزل وزال الاحتكاك في التأمور . ولم تشتك هذه الابنة في وقت من الاوقات اوجاعاً مفصلية . يستنتج من ذلك ان الرئية قد تحدث قيحاً ويشاركنا في هذا الرأي لوسنه وهوك وعليه فان شريعة لاساغ القائلة بان الرئية لا تقيح ليست مطردة

اما الاشكال العصبية الصريحة فنادرة وذكر تارغولا التهاباً دماغياً رئوياً اما الآلام العصبية الرئوية كالألم الوركي وغيره فليس لها على رأينا علاقة

بالداء الرثوي

والآن لنأت بالاستنتاجات .

ان الداء الرثوي مرض حاد وليس له شكل مزمن ويبدو باشكال مختلفة

١ً — اشكال مفصلية صريحة

٢ً — اشكال اعراضها المفصلية خفيفة

٣ً — اشكال غير مفصلية

اما المداواة فتختلف من حالة الى حالة وقد اعتدنا ان نبدأ بستة او ثمانية غرامات من صفصافاة الصوده ثم نزيد الجرعات سريعاً فاذا لاحظنا ان المريض لم يعد يحتمل العلاج نترك المداواة يومين او ثلاثة ايام ثم نعود اليها. اما في الاطفال فلا نكتفي بـ٠,٥٠ يومياً بل نعطي من ٦ — ٨ غرامات الاولاد الذين عمرهم من ١٠ — ١٢ سنة ونزيد المقدار في بعض الاحيان حتى ١٠ غرامات ويجب الانتباه اثناء المداواة لحالة الكلية



طريقة لمعالجة الداء السكري

والمريض عاكف على عمله

ترجمها الاستاذ شوكة الشطي

جاك دوجون

الداء السكري من اهم الامراض المزمنة التي زاد عدد الوفيات بسببه زيادة محسوسة وقد لاحظ الاطباء ان عدد الاصابات بالداء السكري ازداد عن ذي قبل ولعل السبب معرفة الداء وتشخيصه السريع وكثرة الالتجاء الى التحريات المخبرية التي تكشف القناع عن كثير من الادواء السكرية الخفية او المقمصة التي لا تتظاهر بالاعراض المألوفة . فضلاً عن ان عديد المستشفين قد ازداد ايضا بسبب انتشار الطرق الحديثة في مكافحة هذا الداء بعد ان كان يظن المصابون به ان مرضهم عقام لا يفعل به علاج . وقد جدّ دوجون في ايجاد حمية بسيطة لا تثقل على المريض ولا تنغص عيشه ولا تحرمه مزاولة اعماله. وقد بلغ امنيته باتباع تعليم شارل تيرن وذلك بان توصف حمية غنية بالشحوم وفقيرة بالعناصر المائية الفحمية والآحينية ولا يخفى ان اكثر الاطباء يخشون الشحوم لان بعضهم يرى فيها خطراً يهدد المريض بحموضة الدم (acidose) ويرغب الآخرون في تمرين المعثكلة (بنكرياس) المريضة او بالاحرى الجهاز الناظم للغليكوز على هضم المواد الآحينية والمائية

الفحمية فيصفون لمرضاهم اطعمة فيها المواد المذكورة .

ويقسم دوجون المصابين بالداء السكري فئتين فيعالج الفئة الاولى في المستشفى والفئة الثانية وهي تزاول اشغالها . امـا المعالجة في المستشفيات فليست موضوع بحثنا لانها معروفة ولا يلجأ دوجون اليها الا في الاحوال المعرقلة التي تستدعي مراقبة الطبيب الدائمة . اما المعالجة القدمية وهي الهامة فيختار لها من كان مرضهم غير معرقـل بسل او بمرض قلبي او التهاب كلوي الخ ولا سيما من كانوا بعيدين عن عرقلة السبات ولا يشكون اي عرض من الاعراض الدالة على دنوه كالدوار ووهن القوى والقمه والقيء وألم المعدة والاتجاه الى النوم والنفس العميق الصعب والتثاؤب المستمر . وليعلم ان احد هذه الاعراض او بعضها ليس علامة منذرة بالسبات المؤكد . بـل قد ينجم من توعك بسيط . والافضل في هذه الحالة اذا لم يكن للطبيب معرفة سابقة بمريضه ان يدخله المستشفى فيراقبه فيه ريثما يعرف سبب هذه العوارض وما اذا كانت منـذرة بالسبات ولا يترك المستشفى الا بعد ان يزول خطرها . يبدأ دوجون معالجته بحمية بسيطة مؤلفة من ٢٠٠ غرام زبدة و ١٠٠ غرام خضروات وتحتوي هذه الحمية على ٣٠ غرام مائاة الفحم و ١٥ غرام آحين و ١٧٠ غرام شحم وهي تنشر ١٧٠٠ حرة (calories) في اليوم ويسمح لمرضاه بتجرع القهوة والشاي والمياه المعدنية وقدح نبيذ . وهذه الحمية بسيطة جـداً وحسابها سهل . ينصح دوجون لمرضاه باتباعها اسبوعاً على ان يأتوه وهم على الريق (لتقدير كمية السكر في الدم) مستصحبين جزءاً من بول ٢٤ ساعة بعد قياس كميته . فيفحص البول ويتحرى

السكر والحلون فيه فاذا كان في البول سكر ينصح للمريض باتباع الحمية المذكورة اسبوعاً اخر على ان يحمى خلاله يومين حمية مائية فاذا بقي السكر في بوله بعد اتباع هذه الحمية اسبوعين خالج دوجون الشك بان المريض لم يتبع التعاليم التي أعطيها او بان بنيته لا تحمل ٣٠ غراماً من مائياة الفحم واصبح استعمال الانسولين في هذه الحالة واجباً فيدخل المريض المستشفى كما في الحادثة التالية

. ب . س . أ — تاجر . متأهل له من العمر خمسة واربعون عاماً استشار الطبيب المومأ اليه في ٨ آب سنة ١٩٢٨ وقد سبق ان استطب عند احد الاختصاصيين فوصف له حمية فيها ٦٨ غراماً من مائاة الفحم و٧٧ غراماً من الآحين و١٣٠ غراماً من الشحم ولم يكن في بوله اثر من السكر . ثم استشار دوجون لانه لم ير طبيبه منذ ستة اشهر ولان قواه اخذت تخور واصبح جسمه نحيلاً

وتبين من الفحص ان مقدار السكر في دمه المستخرج على الريق ٠,٢٧٥ في المائة وان في بوله ٦٠ غراماً من الغليكوز . وكانت تفاعلات امبرت والنيلة وصفراوين البول شديدة فاشار عليه ان يستعمل في ١١ ، و١٣ ، و١٤ و١٥ آب حميته (المركبة من ٢٠٠ غرام زبد و١٠٠٠ غرام خضراوات) وان يصوم في ١٢ منه .

ولدى معاينة البول في ١٥ منه لم ير اثراً للغليكوز وعاد تفاعل امبرت خفيفاً وكانت كمية السكر في الدم على الريق لا تزال زائدة اذ لم يهبط مقدارها الا لـ ٠,٢٣٧ في المائة

ولما كان مقدار السكر في الدم زائداً افهم المريض بالحاجة الى الانسولين فرفض استعمال العلاج المذكور فاضطر حينئذ ان يصف له في ١٦ و١٧ و١٨ آب حمية مركبة من ٢٠٠ غرام زبدة و١٠٠٠ غرام خضراوات وبيضة وصام في ١٩ منه واستعمل الحمية في ٢٠ و٢١ منه وظهر في ٢١ سكر في البول وكانت كمية الغليكوز في الدم تعادل ٠,٢٣٤ في المائة . فاشار على المريض ثانية باستعمال الانسولين فرفض وغاب وشاهد المريض في شهر اذار ١٩٢٩ مدعواً لمعاينته مع طبيب آخر كان اجبره على استعمال ٦٠ وحدة انسولين في اليوم . ثم ظهر مع المريض وذمات في الساقين والوجه وحبن وقد استشير بشأنه مرة ثانية في شهر إذار

فاشار عليه بالدخول للمستشفى حيث عولج وقد ترك المستشفى بعد اسبوعين وهو يستعمل حمية فيها ٩٠ غراماً من مائاة الفحم و١٠٠ غرام من الآحين و٢٠٠ غرام من الشحم و٢٠ وحدة انسولين في اليوم . ولم يعد في البول غليكوز وخلون وزالت الوذمات والحبن . فتكون الحمية التي كلف المريض بها في آب دليلًا جيداً على ضرورة استعمال الانسولين

ومتى ظهر له ان بول المريض الذي استعمل حمية خلال اسبوعين لا يحوي سكراً زاد غذاءه . ويجب ان تكون الزيادة الاولى بسيطة مؤلفة من بيضة واحدة او ٥٠ غراماً من البطاطا . ويزاد في المرة الثانية مقدار البطاطا حتى مائة غرام وتضاف بيضة ثانية اذا تحمل المريض الزيادة الاولى فتصبح الحمية مؤلفة من ١٠٠٠ غرام خضر و٢٠٠ غرام زبدة و١٠٠ غرام بطاطا وبيضتين فينتشر منها ١٩٦٢ حرة (calories) ويتوصل الى هذه الحمية عادة في ثلاثة اسابيع . فاذا لوحظ بعدها انه لا سكر في البول اضيف الى ذلك ٢٠ غراماً من الخبز و٢٥ غراماً من الجبن وانقصت الخضر والزبدة قليلًا ثم اضيف الى الحمية المذكورة تدريجياً أثمار ولحم وسمك وانقصت الخضر والزبدة . ويبلغ المريض في بضعة اسابيع حمية كافية لذيذة الطعم ومتنوعة واننا ندرج في الجدول الآتي مثالاً لمعالجة مصاب طوله ١،٦٠ متر ووزنه بين ٦٠ — ٧٠ كيلواً

ايام المداواة	الغذاء اليومي	مائياة الفحم	الآحين	الشحم	الحرات
١ - ٧	الف غرام خضراً و٢٠٠ غرام زبدة	٣٠	١٥	١٧٠	١٧١٠
٨ — ١٢	الف غرام خضراً و٢٠٠ غرام زبدة و٥٠ غرام بطاطا	٤١	١٦	١٧٠	١٧٥٨
١٣ — ١٧	الف غرام خضراً و٢٠٠ غرام زبدة و٥٠ غرام بطاطا وبيضة	٤١	٢٢	١٧٦	١٨٣٦

ايام المداواة	الغذاء اليومي	مائياة الفحم	الآحين	الشحم	الحرات
١٨—٢٢	١٠٠٠ غرام خضراً و٢٠٠ غرام زبدة و١٠٠ غرام بطاطا وبيضتان	٥٢	٢٩	١٨٢	١٩٦٢
٢٣—٢٧	٧٠٠ غ خضراً و١٥٠ غ زبدة وبيضتان و٢٠ غ خبزاً و٢٥ غ جبناً	٥٠	٣١	١٤٥	١٦٢٩
٢٨—٣١	٥٠٠ غ خضراً و١٥٠ غ زبدة و١٠ غ بطاطا وبيضتان ٣٠ غ خبزاً و٢٥ غ جبناً	٥٤	٤٢	١٤٧	١٧٠٧
٣٢—٣٥	٥٠٠ غ خضراً ١٥٠ غ زبدة ١٠٠ غ بطاطا ، بيضتان، ٤٠ غ خبزاً و٢٥ غ جبناً ١٠٠ غ بطاطا ر ١٠٠ غ شحماً	٥٨	٥٤	١٤٨	١٧٨٠
٣٦—٤٦	٥٠٠ غ خضراً ١٥٠ غ زبدة ١٠٠ غ بطاطا ٤٠ غ خبزاً ، ٢٥ جبناً ، بيضتان، ١٠٠ غ تفاحاً ١٠٠ غ قشدة	٦٢	٥٨	١٧٢	٢٠٢٨
٤٧—٥٧	٥٠٠ غ خضراً ، ١٥٠ غ زبدة ١٠٠ غ بطاطا ، بيضتان ، ٥٠ غ خبزاً ، ٢٥ جبناً ، ١٠٠ غ تفاحاً ، ١٢٠ غ لحماً ١٠٠ غ قشدة	٦٦	٦٣	١٧٧	٢١٠٩

ويمكن الاسراع بالوصول الى هذه الحمية في اقل من المدة المذكورة كما شاهد دوجون في الكثيرين ويجب ان تكون الزيادة تدريجية ومنتظمة ولا تزاد مائاة الفحم والآحين الا بمقادير جزئية .

يتضح مما تقدم ان هذه الحمية بسيطة تولد حرات كافية وان اطعمتها منوعة تكاد لا تحرم المصاب شيئاً وهي فضلًا عن ذلك توفر نفقات باهظة من ثمن المستحضرات الطعامية الخاصة بالسكريين وتحدث فراغاً في المستشفيات احق به مرضى آخرون

محاضرة جان لويس فور

القاها في قصر الفنون الجميلة في بروكسل

ترجمها عن الجرائد الفرنسية الدكتور بشاره اسطفان

بعد ان حيا الاستاذ جان لويس فور بعباراته الرقيقة جلالة ملك البلجيك والملكة انتقل الى موضوع خطير وبين ما للضمير من الاهمية في فن الجراحة وما يحمله الجراح من التبعة خلال عمله فقال :

حينما نمرُّ وتلامذتنا ببطء امام أسرة مرضانا لا نشعر بتلك السلطة العظيمة التي نملكها في ايدينا فنلفظ بصوت خافت الكلمة الاخيرة ونقرر العملية عالمين كل العلم ان تلك الكلمات الواقعة في السكون العميق تستطيع كقرار الحاكم ان تقذف المريض الى عالم الاموات . فيا لها من سلطة لا تضاهيها سلطة .

وتحت قبة المجالس والمحاكم المهيبة وامام جبة القضاة الحمراء والقراء البيضاء وبين الشعب الخائف تنفذ عدالة الانسان وفي غرف المستشفيات العارية وبين الاسرة حيث يرقد مرضانا بهدوء وصبر تسمع كلماتنا التي تتعلق بها حياة المريض دون استئناف او تمييز كانها الحكم المنزل. فليرشدنا الرب لنحفظ سلطتنا خيراً للعباد .

فلا يحق لنا اذن ان نحترف تلك الجراحة المفيدة اذا لم تكن فينا قوة تمكننا من احترافها وتسهل لنا التوسط الجراحي الذي يحمل دائما الخطر على حياة المريض فالجراحة ملأى بالمسئوليات العظيمة التي لا يمكننا حملها الا بعد التمرن الطويل فيتوجب علينا اولاً ان ندرس تركيب الجسم ذلك الفرع الذي يهمله الكثيرون والذي يقوي ثقة الجراح بنفسه ويُمكنه من معرفة ما يعمل فينير الطريق الذي يسلكه ويشتغل بجسارة وطمأنينة. ويجب ان ندرس فن التشخيص الذي يكتسب بالتمرن والتجربة لا بمطالعة ما ينشر في الكتب لان في التشخيص ابهاماً شخصياً وغريزة ثابته يتولدان من شعور فني اكثر من القواعد العلمية المستقلة. فلنسع وراء الفن العلمي الذي يتسلح به الجراح في ساعاته الحرجة ويخرج منها ظافراً فالى العمل الجراحي تتجه أهم النقاط الجراحية فاي فائدة نجتنيها من تلك المجلدات الضخمة او من تلك الامثولات التي تلقيناها في المدرجات يوم نكون ازاء عملية جراحية خطرة. ان على منضدة العمليات يُدرس الفن العملي وبالتمرن الذي نعمله مع معلم شهير في اجراء عملياته او بالاشتراك معه في الاشغال الدقيقة التي لا تُنظر الا عن قرب نستطيع ان نطلع على الصعوبات الجديدة ازاء العمل الجراحي وسوف نشعر يوما اننا قادرون على اتمامه . ولا تظهر الصفات الشخصية في الجراح الاّ من الفن العملي (art opératoire) لانه لا يكفي ان نساعد معلمينا في عملياتهم مدة طويلة وان نشتغل ونفكر ونتعلم بل يجب علينا ان نكتسب ولو بعد امد بعيد تلك الصفات التي تميز الجراح عن غيره . وهذه الصفات المكتسبة تبدو بين جراحين ماهرين كما يبدو الفرق بين نقاش مبدع يكسب الجماد

بازميله الحياة والنطق ونقاش آخر لا يزال الرخام بين يديه جامداً صامتاً .

ثم نرى ان عدداً كبيراً من التلاميذ والجراحين الذين أتوا من بلاد بعيدة يقصدون الى الاساتذة المشهورين ليرتووا من موردهم ويكتسبوا ما ينقصهم من الفن العملي . ولكن نظراً الى كثرة المرضى يعجز الجراح وحده عن اجراء العمليات كلها فيضطر اذن في كل يوم ان يعهد بعدد منها الى بعض الجراحين المشتركين معه في العمل فيترتب على اولئك الاطباء ان يحرزوا ثقة معلمهم وان يتمموا واجباتهم بنشاط

ثم بحث الاستاذ جان لويس فور في واجبات الجراح وبيّن ان كل جراح لا بل كل طبيب له الحق بل عليه ان يسعى بنفسه وماله ليخلص المجروح من نزف غزير يهدد حياته او من فتق مختنق مصاب به فالعلم وحده لا يكفي لانه سيف ذو حدين مخيف اذا لم تنقله يد تحركها تلك القوة العظيمة المنبعثة من اعماق نفوسنا اعني بها الضمير. فالضمير يرشدنا في الاوقات الحرجة متى كانت حياة المريض بين حد مبضعنا ومقراضنا وهو وحده الذي يأمرنا بالتواضع متى حركنا حب العظمة واجرينا عملياتنا الصعبة فشعرنا بانفسنا كانها النسر المحلق فوق قمم الجبال . فلا يغرننا اللعب بحياة المخلوقات حينما نشعر بتلك السلطة العظيمة التي نتسلح بها فما نحن الا ذلك القائد الذي يلقي بكلمة تخرج من فمه بجيشه الى الموت او الى الظفر

ولنعلم ايضاً ان مسؤوليات جمة تلقى على كواهلنا متى اشرنا من اعالي منابرنا الى نصائح مفيدة حققناها باختباراتنا فاذا بها آلة قتالة في ايدي اناس غيرنا لم يتقيدوا بالمعلومات التي بيناها . والصحف والمجلات العلمية تنقل

محاوراتنا في اقطار العالم كله ليدرسها زملاؤنا ويعطوا رأيهم فيها وكل كلمة تُلفظ هنا تُحيي وتميت في بلاد بعيدة عدداً لا يُحصى من الناس

لعمري اي ضرر كان ألحق بالخليقة مناقضو باستور العظيم لو تمكنوا من تثبيط همة هذا الرجل الذي تغلب على صعوبات الزمان الماضي والمستقبل وناضل المرض والموت اولوا نهم اضعفوا فيه تلك الثقة التي كانت تحرك قلبه ونفسه ؟ فلنثبت اذن ما نستطيع اثباته او فلنصمت . ولنستعن بضميرنا الذي هو فوق علمنا وفننا وتجاربنا والذي يسكن في اعماق نفوسنا ولا يتغير فهو الكلمة التي تثير شعورنا وتحرك أشرف العواطف في قلب الانسان وهو الحقيقة الظاهرة لعين الناظر الذي حكم عليه ان يكون كل يوم تجاه الاعمال الخطيرة . فما نحن الا رجالٌ نعمل في ميدان الجهل نضلُ احياناً عن طريق الحقيقة ونتعرض للغرور فنتيه في ظلام الاوهام ونسلك الحياة الخطرة المفعمة بالاشغال الشاقة التي يتوجب علينا اتمامها .

أجل ان واجبنا باهر لما نصغي الى المثل القائل اصنع بالغير ما تريد ان يصنعه الغير بك . ولننظر دائماً الى الجهة الموافقة لمرضانا ولكن كل ذلك اقوال لا يعمل بها لانه من الصعب ان نعرف الجهة التي يجني المريض منها نفعاً والخيبة ترقب تجاربنا وخيال الموت يخيم فوق اعمالنا فهذه هي الصعوبة التي تتمثل امام اعيننا متى اتانا شخص يقرأ على وجهنا ما سنقرره في امر حياته وكم يصعب علينا لما يخولنا الواجب الجزم في مسألة المريض ولا سيما لما نفكر ان حياة الرجل والولد والمرأة تتعلق بقرارنا هذا غير عارفين ما يخبئه لنا الغد من النجاح او الخيبة

فالواجب اذن الواجب الذي قذف بالنفوس الكبيرة الى الموت والذي خلّد اسماءها في صفحات التاريخ يرغمنا ان نقرر عملنا دون ان نعبأ بالمخاوف التي يهددنا بها المستقبل . نعم كما ان الجندي يفضل الموت والانطمار تحت انقاض القذائف على الهزيمة هكذا يجب ان يفعل الجراحون فلا يضربون عن التوسط الجراحي خوفاً من خطره بل عليهم ان يفعلوا ضناً بحياة مرضاهم لان امساكهم عن العمل يفضي لا محالة الى الموت . فيتوجب علينا نحن الجراحين الذين نملك احسن الطرق الفنية ان ننشط مرضانا ونحرضهم على قبول التوسط الجراحي الذي نكافح به المرض المميت . ومتى وضعنا امام عيوننا المنافع التي اعطتناها الجراحة منذ خمسين سنة الى يومنا هذا نرفع رؤوسنا فخورين دون ان نعبأ باقوال الحساد والمبغضين او باحتجاج الاطباء العاجزين مسلحين بضميرنا الصارخ من اعماق نفوسنا ولا سيما في عصرنا الذي كثرت فيه الاقاويل والشرائع الكاذبة نستعيذ منها بضميرنا العادل المجرد من كل شائبة ورذيلة . ولان اعمالنا لا تتقيد بقانون المحاكم وباقوال القضاة الخاضعين للشرائع العديدة بل بالنتائج والفوائد الحسنة للمرضى التي هي ثمرة اشغالنا وبالأسف الذي يدمي افئدتنا وبالحسرات التي نشعر بها متى اقترب الموت من مريضنا الذي عجزنا عن شفائه اذا لم نكن نحن سبب موته فمن هو القاضي الذي يقدر ان يحاكمنا اذا ضربنا صفحاً عن بعض القواعد الجراحية كالطهارة في اجراء العملية التي يعدُّ اهمالها جرماً حقيقياً وعن بعض الشرائع التي تظهر عفواً للناظر فمن هو اذن ذلك العادل الذي يقف يوماً ويقول لأحدٍ منا : انك مخطيء في عملك هذا لانك

لم تكن ذاك العامل البارع الذي يتمم عمله بدقة واتقان ولانك لم تشعر ان حياة المريض او موته يتوقفان على مهارتك او اهمالك في عملك. فمتى يفهم القوم انه لا قوانين ولا قواعد تقدر ان تجرم الجراح الذي تحيط به الصعوبات والمخاطر ان لم يكن ضميره الحي

فاذا انكرت على ذلك الرجل الذي يملك قوته من سلطان القوات الحق في اتباع وحيه او نبوغه فمن يستطيع اذن ان يُخرج هذا الفن العظيم الذي يحترفه من هاوية الخمول ويطرحه على بساط الاختبار كما فعلنا في السنوات الخمسين الاخيرة فاتيح لنا ان نسير على طرق جديدة لنشاهد عجائب الجراحة الحديثة والغرائب التي لم يحلم بها الاقدمون

وفي الختام بين تصفيق الشعب الحاد تذكر الاستاذ جان لويس فور المرضى والجرحى الذين عالجهم في خلال اربعين سنة احياءً وامواتاً .

اصفحوا عنا يا اموات العصر الغابر يا من دفنتم في ساحة الشرف وقضي عليكم من جراء الموقعة التي اشعلنا لظاها لنحييكم وانتم ايها الاحياء الماثلون امامنا الذين خلصناكم فانكرتمونا ويا من ستخلقون بعدنا من اسلافٍ شفيناهم ولم تعرفونا نطالب منكم ان تعزونا في آلامنا . وتراكضوا ايها الاحياء والاموات واسفروا عن وجوهكم . وليصعد صوت ضميرنا في هذا السكون امام هذا الشعب الصامت ليرنّ صداه في اعماق نفوسنا صارخاً : ان عملنا في هذه الدنيا مقرون بالفائدة وما نحن في هذه الحياة الا كالفلاح الذي يزرع حقله ناثراً بذور الحصاد القادم .



التهابات الخصية والبربخ

للدكتور لوسركل استاذ السريريات الجراحية
ترجمها الدكتور مرشد خاطر

تنضوي تحت هذه التسمية الالتهابات الحادة والمزمنة التي تصيب الخصية او البربخ ولا سيما الاثنين معاً مع اشتراك القميص الداخلي والاسهر (القناة الناقلة للمني) بالالتهاب اشتراكاً متفاوت الدرجات .

تنجم اذن التهابات الخصية او البربخ من العفونة وتأتي العفونة اما من الجوار او من عفونة عامة .

فاذا أتت العفونة من الجوار انتشرت انتشاراً متواصلاً من غشاء الاحليل المخاطي العفن ووصلت الى البربخ بالقناتين الدافقتين والاسهر . وقناة الاسهر هذه هي التي تتبعها المكورات البنية (الغونوكوك) في سياق التهاب الاحليل السيلاني والعصيات السلية وربما ايضاً الجراثيم المبتذلة في بعض عفونات الكلية المقيحة فتتكاثر في احليل المتضيقين الخلفي وفي احاليل الموثيين «prostatiques» وجميع من كانت ابوالهم عفنة .

وقد تتبع العفونة المجرى الدموي ولهذا نرى ان التهاب الخصية قد يعرقل بعض الامراض العفنة : الجدري والحمى التيفية ولا سيما النكاف . وبهذا الطريق تنتقل عصيات كوخ الى البربخ فتسله متى كان الشخص مصاباً بسل

الرئة وكانت مثانته وكليته سليمتين وبسوى هذا الامر لا نستطيع ان نعلل هـذه الاصابة .

والطريق البلغمي تسلكه العفونة ايضاً كما تسلك الطريق الدموي . فقد وصفوا ايضاً التهاب خصية دودية (filariernne) سببها انسدادالاوعية البلغمية بدودة الدم ويرافق التهاب الخصية هذا غالباً داء الفيل الصفني .

ونشاهد في الممارسة التهابات بربخ وخصية حادة ومزمنة واكثر الالتهابات الحادة حدوثاً هي الالتهابات السيلانية واكثر الالتهابات المزمنة وقوعاً هي الالتهابات السلية .

لنبحث اولاً في الاشكال الحادة :

نرى غالبا في سياق التهاب الاحليل السيلاني في الاسبوع الثالث اوالرابع وربما قبل ذلك التاريخ او بعده ان الصفن قد انتبج واحمرّ وتوتر وآلم :وان هذه الاعراض اخذت بالاشتداد حتى اليوم السادس او السابع ثم عادت الى الخفة التدريجية . وجسّ هذه الاقسام مؤلم جداً ومستصعب في دور الحدة غير ان الحبل المنوي تحت الحلقة الاربية (anneau inguinal) يجس فيبدو ضخماً مؤلما .

ويجسم البربخ ويغطي حافة الخصية الخلفية العليا وينتشر على وجهيها كانه القلنسوة فيصعب جس الخصية لان الانصباب في القميص الداخلي يشدها .

يشتد الارتشاح الالتهابي حذاء ذيل البربخ وربما استحال خراجا صغيراً اما الخصية فتندر اصابتها واما القميص الداخلي فيتفاعل ويكثف ولا سيما عند منشإه والمس الشرجي مؤلم متى ضغطت منطقة الحويصلين المنويين .

والشيء المستغرب هو ان السيلان الاحليلي يخف متى التهب البربخ وانه يعود غزيراً متى خف الالتهاب. وهذه العوارض الموضعية متفاوتة الشدة فمنها الاشكال الخطرة والاشكال الخفيفة. وربما افضى التهاب الاسهر الى علامات تنبه الخلب «بريتون» واتصف التهاب الحويصلين المنويين بزحير مستقيمي وإمناء (spermatorrhée) ومني مدمى. وعدا الاعراض الموضعية تشاهد اعراض عامة: حمى عالية تكتن في مجرى الهضم، اقياء وهي الاعراض التي ترافق في الغالب تكوّن الفلغمونات.

وتخف الاعراض جميعها بعد ثمانية ايام ويبدأ الانحلال ولا ينتهي قبل ٢٠ — ٣٠ يوما. وكثيراً ما لا تعود هذه الاعضاء الى حالتها الطبيعية بل يبقى عند ذيل البربخ ومنشإ الاسهر نواة التهابية في بدئها ثم تصلب فتفضي الى انسداد مجاري المني انسدادا موقتا او دائما فاذا وقع الالتهاب في الجانبين زالت النطف من المني وربما بقيت من الخراج الصغير ثمالة فكانت منشأ لالتهابات البربخ المتكررة.

وقد تعد هذه العقيدات الالتهابية البيئة للافة السلية

اما المعالجة فهي في زمن الحدة الراحة في الفراش واحاطة الصفن بقماش كتيم ورفعه في ارجوحة هورن الصفنية بعد تبطينها جيدا بالقطن او على لوح من الخشب. ويفيد وضع الثلج على الصفن ومرهم الارجيرول العشري والتلقيح بالمكورات البنية والخ.

وقد اشاروا في الحالات الخطرة بافراغ الصديد المحتوى في البربخ بالبزل وبحقن البربخ بالالكترغول (٢ سم٣) فتسقط الحرارة بهذه الطرق

باسرع مما في الطرق الاخرى وتحسن الحالة الموضعية .

غير ان اكثر التهابات البربخ الحادة تشفى بالمعالجة الدوائية . ومتى بقي الاسهر مسدوداً يستطاع وصله برأس البربخ غير ان النتائج البعيدة الحسنة لهذه العملية يصعب اثباتها .

ولا تضمر الخصية عادة حتى في الحالات الشديدة الخطر. قد يحدث السل نادرا التهابات بربخ حادة مشابهة بسيرها لسير التهابات البربخ السيلانية باعراضها الالتهابية : الالم الحاد العفوي وتورم البربخ الذي يكون مع ذلك محدبا بعض التحدب. وقد يظهر سيلان من الاحليل غير ان المعاينة الجرثومية وسير المرض يكشفان التشخيص وعدا ذلك فان العوارض المؤلمة اذا كانت الآفة سلية تزول سريعا بعد ٤ — ٥ ايام وتبدو في البربخ عقيدات وتتجه الى التقيح فالتنوسر .

ومعالجة هذه الانواع السلية الحادة متى كان الشخص لا يزال متمتعا بحالة عامة حسنة هي الخصي مع قطع الاسهر عالياً

وقد ميز امبردان التهابات الخصية السلية المبدئية الحادة في الاولاد عن الالتهابات الخصوية الحادة التي تطرأ في زمن البلوغ وتنشأ من سبب رضي وهي لا تستحق ان تسمى التهاب خصية لان الالتهاب لا وجود له بل ان الخصية تضمر وتموت وتلقى اذا لم يسرع الى التوسط الجراحي وليس السبب في هذه، العفونة العامة ولا السيلان ولا السل بل انفتال الحبل المنوي بآلية لا تزال مجهولة ناجمة من رض فان معلقة الصفن تتقلص وتفضي الى انسداد الاوردة والشرايين فالى تحلّب (infarctus) نزفي مستقل عن كل تعفن على

الرغم من وجود الورم والاحمرار والالم والحرارة ، ويصعب في هذه الحالة تميز الخصية عن البربخ والتوسط الجراحي واجب بسرعة. وهو يقوم بازالة الانفتال وتثبيت الخصية في قميصها الداخلي وفي وضع حسن .

ونذكر بين التهابات الخصية الحادة الالتهابات التي تصادف اثر انتشارات الآفات الالتهابية من الموثة او الحويصلين المنويين بطريق الاسهر في الشيوخ المصابين بآفات بولية كالحصاة وضخامة الموثة وفي المتأسرين الذين تعفن بولهم اثر رض الاحليل الخلفي بالقثترة او بوضع مسبار دائم . ومن الجراحين من يقطع الاسهرين في هؤلاء المرضى اجتناباً لالتهابات الخصية قبل استئصال الموثة . غير ان التعفن يظل ممكناً بطريق الاوردة والاوعية البلغمية .

واشتراك الخصية بالالتهاب اكثر وقوعاً في هذه الحالة مما في السيلان وقد يفضي الالتهاب الى التقيح مع عوارض موضعية وعامة وتكوّن خراج يبدو على الوجه الامامي للصفن فيستدعي البط

وقد تستقر الامراض العامة العفنة على الخصية نفسها ومثال على ذلك نقدم التهاب الخصية النكافي وهو التهاب برينكيمي مفض الى ضمور الخصية

ونذكر بين الاشكال المزمنة السل الذي يستقر على البربخ وهو اكثر الاشكال وقوعاً وقد يستقر السل على الخصية فيأتي بطريق الدم متى كان الشخص خالياً من السل البولي . وربما انتقل بالاسهر وكان مصدره الكلية متى كان هذا العضو مسلولاً سلًا بدئياً فافضى الى الخصية بطريق الاحليل

ففي الحالة الاولى قد تصاب الخصية اولاً وتنتقل العفونة منها الى البربخ وفي الحالة الثانية يصاب البربخ اولاً وقد تنتقل العفونة منه الى الخصية

ويصاب في البربخ اما رأسه فقط أو ذنبه او جميعه دفعة واحدة

وسل الخصية يقع في جانب واحد في بدء سيره ثم تصاب الجهة الثانية وتصاب الخصية في الولد بالكثرة التي يصاب بها البربخ . وتبدأ الآفة في الغالب خلسة فلا ينتبه لها وربما نبهت الانظار بعض العلامات البولية كالبوال وبيلات دم قليلة وسيلان احليلي ولم يكشف المريض انتباج بربخه الا صدفة.

وتجب معاينة الخصية بعد ان تثبت جيداً باليد اليسرى فيعاين وجهاها جيداً بابهام اليد اليمنى وسبابتها بعد ان يحدد جسم الخصية جيداً في الامام ويميز عن البربخ في الوراء . ثم يعاين البربخ فيتبع من الاسفل الى العالي ومن الامام الى الوراء او من الوراء الى الامام ويجس بالتتابع رأسه وجسمه وذنبه ثم الاسهر الصاعد

ويشعر في دور الصولة متى كان البربخ وحده مصاباً والشكل نموذجيا ان البربخ جسم محدب فيه عقد عديدة مصطفة على مسيره وان الاسهر نفسه متكثف صلب وقد يكون بعضه محدبا .

وربما لم تبدُ سوى نواة واحدة حذاء الذنب فلم تكن غير نواة التهابية تالية للسيلان . غير ان النواة الالتهابية هي في الغالب غير محددة تحديداً حسنا ولا يشترك معها الاسهر بالتكثف اما النواة السلية فاكبر واكثر استدارة ومحدبة في الغالب ومحيطة بذنب البربخ ومنشإ الاسهر .

وربما كانت النواة الصلبة غير المحدبة الواقعة عند رأس البربخ زهرية فتكون المعالجة النوعية التجريبية واجبة قبل الجزم في الامر . ومتى كان الرأس لينا ملتصقا بالصفن كان سليا في الغالب .

وتنفصل غالباً الخصية عن البربخ بتلم وربما ظلت الخصية سليمة غير انهـا قد تكبر وان نادراً وتتعقد ويضخم سطحها فتقلد السرطان: فتكون الخصية والبربخ حينئذ كتلة واحدة . ويكاد يشترك القميص الداخلي دائما بالتفاعل فيكثف احيانا او ينصب فيه مائع فيمنع جس الخصية ومعاينة الخصية الثانيـة امر واجب كما ان اتمام المعالجة بالمس الشرجي ضروري ايضا لانه قد يكشف تعقدات في الموثة تالية في الغالب لآفة البربخ وحويصلين منويين جيسمين متى كانا مصابين .

واما العلامات الوظيفيـة فتكاد تكون مفقودة فالالم نادر والقوى التناسلية محفوظة والحالة العامة حسنة .

ولا بد من الاصغاء الى رئتي المريض وتحري الآفات الرئويـة ومن معاينة خلوية جرثومية وتحري السل البولي . ويتعلق سؤ التشخيص او حسنه بالآفات المرافقة .

ويختلف السير فاما ان تشفى افات البربخ فتتصلب او تلين وتنفتح وتتنوسر عند القسم الخلفي حذاء ذنب البربخ . واذا تعفنت هـذه النواسير تعفنا ثانويا ولم تندب ساءت الحالة العامة مع سوء الحالة الموضعية. واذا اشترك السل الرئوي والسل البولي معاً قضيا على المريض عادة

واما المعالجة فهي دوائية وجراحية .

تقوم المعالجة الدوائية بتثبيت الخصية في ارجوحة حسنة وبتقوية البنية العامة كما في جميع الآفات السلية : الراحـة والهواء الطلق والاستشماس والاشعة فوق البنفسجي التي تفيد فائدة حسنة وتشفي النواسير .

وتقوم المعالجة الجراحية بقطع البربخ متى كانت الآفة منحصرة فيه وغير منوسرة وبالمحافظة على الخصية .

واما متى كان البربخ مفتوحاً ومنوسراً فكي البؤر بالمكواة النارية ثم تضميدها يأتيان بنتائج حسنة .

ومتى عمت الآفة الخصية والبربخ معاً وكان الشكل مضخماً استدعى الخصي غير ان استئصال الخصيين يجب تحاشيه ما امكن واما اذا كانت الآفات تستدعيه فلا بد حينئذ من تجربة التطعيم بعد شفاء الآفة الموضعية . وهذه التوسطات الجراحية تؤثر غالبا في آفات الموثة والحويصلين المنويين السلية فتتحسن : غير ان هؤلاء المبضوعين يظلون مسلولين اياً كان الربح الذي يجنونه من هذه التوسطات الجراحية الموضعية وكثير منهم يموتون بعدئذ بالسل الرئوي او المفصلي او الكلوي او العام .

وتصاب الخصية ايضا بالزهري الارثي او المكتسب فتشمل الآفات الخصيين معاً في الغالب . ففي الزهري الارثي تكون الخصية المصابة بالالتهاب التصلبي المنتشر مزداداً حجمها واما البربخ فقلما يصاب وحده واذا اصيب فبمعدل نصف الحوادث والأسهر لا يصاب ابداً . وتبدو الآفة عادة في الشهر الثاني الى السابع وقد تظهر منذ الولادة او تتأخر الى السنة ١٨ او العشرين .

الخصية صلبة ملساء غير مؤلمة وفي المريض مياسم الزهري الارثي او تظاهرات اخرى جلدية . وقد تلتبس الخصية هذه بخصية مسلولة غير ان صفاتها الخاصة بها وسيرها المقبل يكشفان طبيعتها لان الخصية المسلولة تلين وتتقيح .

والاولاد المصابون بالتهاب الخصية الزهري يسؤ نموهم لان العنصر الشريف في الخصية يخنقه التصلب الضام . وهنالك شكل آخر خفي من التهاب الخصية الزهري الارثي يتصف في المستقبل باختفاء النطف من المني فيعلل هذا لنا العقم الذي يعتري عدداً من الكهول دون ان يكونوا قد اصيبوا باقل آفة تناسلية معروفة .

المعالجة الواقية هي في مقدمة جميع المعالجات وتقوم بمعالجة الام في سياق حملها و لا بد من معالجة الولد ايضاً معالجة شديدة مضادة للزهري .

ويصيب الزهري المكتسب في دوره الثاني البربخ وهذه التظاهرة نادرة تتصف بظهور حدبة صلبة غير مؤلمة لا اتجاه لها الى التلين حذاء الرأس غير ان الخصية كثيراً ما تصاب في الدور الثالث فيتكون التهاب خصية تصلبي صمغي ذو بدء مغفل . تجسم الخصية وتندمج في البربخ الذي يظل سليماً في الغالب ويثقل وزنها ويتفلطح سطحاها وتقسو كالخشب ولا تؤلم ويبقى سطحها املس وقد تبدو عليه حدبيات .

والانسهر طبيعي والتشخيص سهل في الحالات النموذجية غير ان الحالات الشاذة تدعو الى الشك في السرطان الذي تجسم فيه الخصية ايضاً وتصلب . ولكن اذا جست الخصية جساً دقيقاً بدت فيها نوى صلبة صلابة خاصة في السرطان ونقط متموجة في الصمغ السائر الى التلين . وكثيراً ما يكون تفاعل واسرمان ومعالجة التجربة ضرورين للجزم في التشخيص فاذا لم يظهر تحسن بعد ١٥ يوماً او على العكس اذا ساءت الحالة بعد المعالجة يجب استئصال الخصية مع العقد البلغمية القطنية او بدونها .

وتفيد المعالجة النوعية الفائدة الكبيرة في التهاب الخصية الزهري اما اذا اهملت فان الخصية تضمر او تتلين وتتقيح والنواسير الناجمة من تلين الصموغ او تقرحها تنفتح في الغالب على الوجه الانسي من الصفن وهذا ما يميزها بعض التمييز عن الخراجات السلية البربخية التي تنفتح في الوراء

ويختلف الصمغ المتقرح ذو الحافات المدورة والقعر المدي (bourbil-lonneux) عن الخراج السلي ذي الحافات البنفسجية المسحجة تسحجاً غير منتظم والحاوية مادة محببة وعن التقرح السرطاني ذي الحافات المتكثفة المغطاة بناميات دامية سريعة التفتت . وانفتاح الصمغ الخدوي في الخارج يفضي الى الفقع (fongus) وهو سطحي متى انفتقت الخصية من الجرح الصفني الناجم من الصمغ السطحي وهو عميق متى حول الصمغ المتكون في ملء الخصية نسيجها الخاص جيباً مبرعماً يبرز منه فطر طافح وردي سريع التفتت وان هو الا النسيج الجديد التشكل

وتندب هذه الآفات بسرعة متى عولجت معالجة نوعية فلا بد اذن من ان تتقدم المعالجة النوعية الشديدة الخصى المشكوك في اصابتها بالسرطان .

واذا ندبت الخصية بعد المعالجة غير انها ظلت صلبة وتشوه منظرها وازعجت صاحبها جاز استئصالها لان وظيفتها تكون قد اضمحلت .

فالسيلان والتهابات الاحليل الخلفي العادية والسل والزهري هي العوامل العادية في احداث التهابات الخصية والبربخ المتنوعة .

نتائج تفاعل السائل الدماغي الشوكي الايجابي

او السلبي في سياق الزهري بعد جهود ثلاثين سنة

« ٦ »

للاستاذ بول رافو عضو المحفى الطبي الفرنسي وطبيب مستشفى

القديس لويس في باريس

ترجمها الدكتور عزة مريدن الطبيب الداخلي في مستشفيات دمشق

ب — استنتاجات عملية : اولاً — رجحان العلامات الحيوية على العلامات السريرية ، التفاعلات الخفية والتفاعلات السابقة للسريريات

لقد رأينا في بدء الزهري وفي ابان سيره ان تفاعلات متنوعة في السائل الدماغي الشوكي قد تقع وانها بصرف النظر عن الزمن الذي تصادف به متشابهة بشدتها وسيرها وان معظم مشاهداتنا كانت التفاعلات فيها شديدة وقد رأينا كيف انها :

١ — اما ان تمحى دون ان تصحبها علامة سريرية واحدة وهي التفاعلات الخفية التي بعد ان تمر بصفحة خفية مدتها سنوات عديدة تنتهي بالزوال دون ان تترك اثراً يدل عليها . واحياناً قد ترافقها علامة سريرية بسيطة تزول بزوالها او تدوم دون ما خطر سريري .

فيحسن بنا والحالة هذه استقراء حالة السائل الدماغي الشوكي ، الذي

يدل على زهري عصبي او آفة ندبية ، في كل مرة تظهر فيها علامة سريرية لا يمكن تفسيرها .

(٢) — واما ان تدوم ثم تنتهي بعد صفحة خفية :

أ — بعلامة سريرية قليلة الخطر .

ب — بزهري عصبي خطر (التهاب النخاع ، سهام «tabès» ، فلج عام) .

ج — بالتهاب سحائي مزمن .

وفي جميع هذه الحالات تتقدم العلامات الحيوية العلامات السريرية .

ثانياً — مرحلتا الزهري العصبي الواسعتان ، الدور الحيوي والدور السريري .

زوال التفاعلات أياً كان زمن الزهري الذي كشفت به للمرة الاولى بعد صفحة خفية متفاوتة الطول او تدوم لتمهد السبيل لزهري عصبي خطر وليس لنا الآن مقياس نميز به هذه التفاعلات الشديدة التي لا تصحبها علامات سريرية عن تفاعلات تزول دون ان تترك اقل اثر او أخرى تميل الى الظهور وتبدو فيما بعد بزهري عصبي. فمن هذه التفاعلات اذن ما هو صحيح وسابق للسريريات ومنها ما لا يمرّ ابداً بدور سريري . واني اهمل ازاء هذه الصعوبة التي اصادفها في تمييز التفاعلات السائرة الى علامات سريرية واضحة عن التفاعلات التي تمحى بدون اقل علامة مع ان اوصافها متشابهة قلت انني اهمل المصطلح «السابق للسريريات» وما هو في معناه من وضع المؤلفين الاخرين (السابق للفلج ، السابق للسهام «prétabétique» السابق للعلامات ، الامّاري «prodromique» السابق للعته ، السابق

للتشخيص وغير ذلك) وجلّ ما يمكننا اثباته في اليوم الذي نرى فيه هذه التفاعلات الشديدة بدون اعراض سريرية ان آفة شديدة الخطر او قليلته تستقر في الجهاز العصبي دون ان نستطيع التكهن عن سيرها الاكيد .

واني افضل متى شئت تعريف هذه التفاعلات الخفية نبذ هذه المصطلحات التي لا تتفق والحقيقة في شيء وقسمة الزهري العصبي مرحلتين كبيرتين كما اقترحت في تشرين الاول سنة ١٩٢٩ كيف لا والطرق الحيوية تكشفها لنا :

المرحلة الاولى : هي الدور الحيوي الذي يظهر اولاً وبه تنكشف لنا الآفات العصبية بتحليل السائل الدماغي الشوكي وتمحى التفاعلات ابان هذه المرحلة او تبقى لا بل تسير نحو :

المرحلة الثانية : وهي الدور السريري الذي يبدأ بظهور العلامة السريرية الاولى واني لاعتقد انه في اليوم الذي نجد به مقياسا يمكننا من معرفة مصير هذه التفاعلات وما اذا كانت ستشفى او ستسير نحو الزهري العصبي السريري نتوصل الى استعمال مصطلح اقرب للصواب غير اني اجد ان هذا التمييز الآن صعب بل مستحيل .

هذا عدا ان ظاهر الكلمة ثانوي لانها قد تتغير غير ان الفكرة ثابتة لارتكازها على أُسس لا جدل فيها

ثالثاً : ما هو افضل وقت لكشف الصفحة الحيوية ؟

لقد اوضحت لنا التعاليم السابقة أهمية هذا الدور الحيوي وهي تقضي علينا بضرورة كشفه في اقرب وقت ممكن دون انتظار التظاهرات السريرية لاننا نعلم ان الواجب الدوائي يقضي بمهاجمة هذه الافات بأقصى السرعة

الممكنة فيكفي ان يبزل القطن كل ستة اشهر او كل سنة في سياق الزهري لنقف على التغيرات المختلفة منذ بدئها .

ولقد ارتني تجاربي خلال ثلاثين سنة خلت الصعوبة التي يقف الفاحص امامها متى هم ببزل مريض مظهره سليم غير انه يتوصل بعد الجهد الطويل الى اقناع المريض بالبزل ويصعب عليه كل الصعوبة اعادة هذا البزل ولهذا كان عليه ان يختار الزمن الموافق لاجراء هذا التحليل الكبير الاهمية

وقد بينت في مذكرات مختلفة (ولا سيما في المقال الذي نشرته المطبوعات الطبية في الجزء ٣٧ وتاريخ ٨ تشرين الاول سنة ١٩١٩ وعنوانه « متى يجب ان يحلل السائل الدماغي الشوكي في الزهريين » بمشاهدات عديدة واعتبارات مختلفة) الزمن الاكثر ملائمة وهذه هي القواعد العملية التي وقفت عندها ورضي عنها عدد كبير من المؤلفين :

يحلل السائل الدماغي الشوكي في نهاية السنة الثالثة متى كان المريض قد قد عولج منذ بدء زهريه ثلاث سنوات متوالية معالجة حسنة وكان تفاعل دمه قد عاد سلبياً اي في الزمن الذي يهم به بتخفيف المعالجة ففي هذا الدور تكون قد محت المعالجة جميع التفاعلات السريعة الزوال للدور الخمجي (période septicémique) وتكون التفاعلات التي قد يستطاع ظهورها في سياق السنة الاولى او الثانية قد بدت حينئذ كما شاهدنا فاذا بزل المريض قبل ذلك الحين في الدور الذي يكون به الزهري متبدلاً فلا تجنى منه المعلومات الكافية وقد بينت لنا عدا ذلك المشاهدات السابقة ومشاهدات اخرى عديدة ان معظم التفاعلات التي سيعقبها شكل من الزهري العصبي تظهر

بجميع شدتها منذ نهاية السنة الثالثة .

واذا سلمنا بظهورها قبل ذلك وهذا ما اعتقد بـه أفلا يكون من الخطإ اهمالها ونحن نعلم ان مدة المعالجة لا تقل عن ثلاث سنوات .

ولكن اذا اريد ايقاف المعالجة قبل ذلك لسبب ما او اذا بقي تفاعل واسرمان ايجابياً على الرغم من المعالجة أو بدت علامة سريرية تدل على اصابة الجهاز العصبي كان تحليل السائل الدماغي الشوكي قبل الميعاد واجباً فاذا كان التفاعل ايجابياً واضحاً في نهاية السنة ولو لم تبدُ اقل علامة سريرية كانت المعالجة واجبة لاننا لا نعلم الطريق الذي سيسلكه الزهري فالواجب يقضي بملاحقته حتى يزول التفاعل بتاتاً وهو امر قد يطول أمده غير ان المعالجة تنجع فيه كما اوضحت مشاهداتنا العديدة التي ذكرناها. ولست ارغب الآن ان ابحث في طرق المعالجة غير انني اكتفي بالقول انني لم ألجأ الى المعالجة بالبرداء مطلقاً وقد توصلت مع ذلك الى محو اكثر هذه التفاعلات بالمعالجات العادية

واذا كان التفاعل سلبياً والمريض قد عولج معالجة حسنة اعتقدت انه اصبح في مأمن من ظهور الزهري العصبي الخطر غير انه لا بـد من التحفظ من البؤر العميقة لالتهاب الشرايين والصموغ وبعض الاورام البارنكيمائية والبؤر المحدودة لالتهاب المحور الاسطواني المندفنة في ملء الجوهر العصبي النبيل والتي لا علاقة لها بالسحايا ولا تتصف باقل تبدل في السائل الدماغي الشوكي .

واذا سئلنا ان نبدي رأيا عن مريض نعاينه للمرة الاولى في سياق زهريه كان فحص السائل الدماغي الشوكي واجبا للبت في امره ولا سيما اذا لم يكن

مصابا بأية علامة سريرية من الزهري العصبي فاذا كان التفاعل ايجابيا كانت المعالجة واجبة واذا كان سلبيا حق ان يقال فيه انه خال من زهري عصبي سائر سيره ولا بد هنا ايضا من التحفظ في بعض الآفات العميقة المدفونة في ملء الجوهر النبيل كما ذكرنا

ج — الاستنتاجات الامراضية (déductions pathogéniques)

يقبل العالم باسره اليوم ان معظم اشكال الزهري العصبي الخطر متصفة تشريحياً بمجموعة آفات سحائية عصبية مرتبط بعضها ببعض .

٢ — ولا اظن نفسي منخدعاً اذا اعتقدت ان العالم باسره اليوم مجمع ايضاً على تقدم العلامات الحيوية للعلامات السريرية (كما ابنت منذ سنة ١٩٠٢ وكما يعلق المؤلفون من الاهمية على البزل القطني في تعيين المرضى الذي تجوز معالجتهم بالبرداء)

٣ — وقد ابنت بمشاهدات عديدة وبتعليل منشإ العناصر المختلفة وطبيعتها الذي جئت على ذكره في صدر هذه الرسالة وهي العناصر التي تتألف منها تفاعلات السائل الدماغي الشوكي ان تلقح السحايا والجوهر النبيل يقع في الغالب منذ المراحل الاولى للزهري فاحيانا تكون السحايا وحدها مصابة (تفاعل خلوي ، تزايد الآح قليلًا) فتمحى الافة ببضعة اشهر وتارة تكون اصابة الجوهر النبيل تالية فتظهر تفاعلات شديدة آحينية ترافقها تفاعلات التثبيت والتحوصب (floculation) وآونة تصيب الافة السحايا والجوهر النبيل في وقت واحد وهذا ما أرته التفاعلات الشديدة التامة منذ البدء في معظم مشاهداتنا

واني اعتقد خلافا لرأي (سيكار وسيزاري وغيرهما) انه متى لم تكن السحايا والجوهر النبيل مصابين في وقت واحد فان اصابة السحايا تسبق غالبا اصابة الجوهر النبيل (وذلك استناداً الى تاريخ ظهور التفاعلات والى التحريات التشريحية الجرثومية).

وخير دليل على تبكير الاصابات العصبية تقديم الحجج التالية .

أ — لقد ابانت بعض المشاهدات ان تفاعلات السائل الدماغي الشوكي التي تظهر شدتها دفعة واحدة تدوم لا بل تسير نحو الاخطار فتظهر بعد عدة سنوات من هذه الصفحة الخفية علامات سريرية دالة على افات خطرة في الجهاز العصبي .

ب — في بعض المبزولين في سياق زهريهم (لان البزل المبدئي لم يجر ابكر من ذلك) والذين كانت تفاعلات سائلهم شديدة ثم افضت فيما بعد الى زهري عصبي ، نرى في الغالب انهم اصيبوا في بدء زهريهم بعلامات عصبية خفية رافقتها على ما نرجح تفاعلات في السائل الدماغي الشوكي فتحقق هذه العلامات يعيض اذن عن البزل المبدئي دائماً .

٤ — ان تلقح الجهاز العصبي في سياق الزهري ممكن في من لم يعالج معالجة حسنة او في من لا تزال في عضويته بؤر فعالة جديرة ببذر تلك النواة وهذا التلقح المتأخر ممكن غير انه نادر بالنسبة الى ما يقع في بدء الزهري .

٥ — متى تلقح الجهاز العصبي كان اختفاء الطفيليات مستطاعاً فوراً او بتأثير الدفاع العضوي او المعالجة او انها تبقى زمناً طويلاً مختفية في السحايا او

في الجوهر العصبي

٦ — يسهل تلقح الجهاز العصبي أ — اهمال المعالجة الذي يمكّن التعفن الدموي في بدء الزهري من تلقيح الجهاز العصبي او بقاء المستعمرات الطفيلية خارج الجهاز العصبي الذي يلقحه الجهاز تلقيحاً متأخراً

ب — المعالجات الصادمة للجهاز العصبي ولا سيما الـ٦٠٦ (راجع مقالاتي عن الـ٦٠٦ المنشورة سنة ١٩٢٢ ومقالات بارنتر وروال الحديثة العهد) وقد ابانت اعمال هذين المؤلفين ان المعالجة الزرنيخية والزئبقية او الزرنيخية البزموتية اخف ايذاء للجهاز العصبي من المعالجة الزرنيخية الصرفة .

٧ — اذا لم تمنع المعالجة المجراة في الوقت المناسب هذا التلقح كان لا بد في تعليل هذا الامر من بعض اسباب مؤهلة في الجهاز العصبي نفسه . ولست اعتقد وهذا ما يقرّ به عدد من المؤلفين بما يقوله لوفاديتي بوجود حمتين (virus) احداهما مولعة بالجلد (dermotrope) والاخرى بالاعصاب (neurotrope) بل اقول بان نقص المعالجة ولا سيما في البدء وبيئة المريض الملائمة هما من اهم الاسباب في استقرار البرميات على الجهاز العصبي وعندي ان تفاعلات كيماوية تسهل نمو الطفيلي في ذلك الجهاز . كنت ذكرت هذه الفرضية في حزيران سنة ١٩٢٠ في الاجتماع السنوي لجمعية الامراض العصبية واني اورد الآن باختصار ما كنت ذكرته : قد عرف منذ عهد طويل ان نشاط الاعصاب او الدماغ وبعض السموم الداخلية او الخارجية المنشإ وبعض شروط الحياة تنقص متانة الجهاز العصبي . وتسهل استقرار البرميات عليه وقد عرف ايضاً ان نشاط النسيج العصبي ترافقه تفاعلات كيماوية تفضي الى

تحرير فضلات مرجعة يستطاع كشفها في الزجاج (هوغونانك) حتى ان السائل الدماغي في المصابين بالزهري العصبي يحتوي على كمية كبيرة من هذه الاجسام المرجعة (م . دايل) أفليست هذه شروطاً ملائمة تضاف الى القوة المرجعة الطبيعية للنسيج العصبي (روجه) فتعيد استقرار هذه البريميات (spirochètes) اللاهوائية (anaérobies) سهلاً وفي الحقيقة فان ذوي التحمضات (oxydations) البطيئة وبعض المسممين بالغول (alcool) او بالتبغ والخ والذين ينهكون دماغهم ويعيشون في الهواء الفاسد هولاء هم اشد تعرضاً لعراقيل الزهري العصبية خلافاً لمن كانت تحمضاتهم شديدة وأدمغتهم غير منهكة ولمن يعيشون عيشة هادئة في القرى فان هذه العراقيل نادرة فيهم

٨ — قبل انهاء الكلام لا بد لي من ذكر التحفظات الواقية التي تمنع الزهري العصبي عن الظهور استناداً الى الاعمال السابقة :

أ — منذ بدء الزهري تجب المبادرة الى معالجة رشيدة مبدئية غير مخرشة للجهاز العصبي قادرة على منع الاستقرارات العصبية عن الظهور حتى اذا اظهرتها الصدفة كان من السهل التغلب عليها منذ الصفحات الاولى للزهري وان الخطأ في المعالجة وحده كفيل بظهور عدد كبير من الزهري العصبي الذي كان منذ بدء الافة ولم يظهر سريرياً الا بعد زمن طويل .

ب — يجب تخريب المستعمرات الجديرة بتلقيح الجهاز العصبي باستعمال معالجة طويلة في سياق الزهري غير ان التلقيح على ما يظهر نادر الحصول في بدء المرض .

٣ — يجب محو كل تفاعل في السائل الدماغي الشوكي والاحتراز من انتظار العلامات السريرية ،

٤ — تجب ملاحظة بيئة المريض وتنشيط التحمضات العضوية .

والآن بعد هذه الاعمال المطولة لا بد لي من القاء نظرة الى الوراء تذكر بها عظمة الاعمال الجليلة التي قام بها الاستاذ (فورنيه) الذي تمكن بمعلوماته السريرية فقط من ربط السهام والفلج العام بالزهري . وان البزل القطني الذي اصبح اليوم من اهم الوسائط الحيوية يثبت لنا جيداً نقطة طالما حامت حولها ابحاثنا ولا سيما تلك الحلقة الوسيطة التي تربط بدء الزهري بظهور العلامات السريرية وتسمح لنا بايضاح المراحل المختلفة لتكامل الافة وكذا صفحات ذلك العراك الطويل الذي يقع بين البريميات والجهاز العصبي فهذه المعركة التي تجهل نتيجتها قد تتابع سيرها الصامت خلال سنين عديدة لتنتهي فيما بعد اما بالشفاء او بتظاهرات سريرية فهذا الدور المستمر هو ما سميته الدور الحيوي . وليس ما يسمح لنا بمعرفة تلك الصفحات المختلفة الا درس السائل الدماغي الشوكي واراني الان بعد مشاهدات ثلاثين سنة خلت أعتقد جيداً ان البزل القطني الباكر حين اجرائه كفيل بتوقيف سير تلك الآفات الخفية في حال ظهور التفاعل الايجابي واذا كانت النتيجة سلبية حق لنا ان نبشر المريض بان جهازه العصبي في مأمن من خطر هذا الداء القاتل

التشويهات السنية

للدكتور غوستاف جينستاي (دمشق)

ترجمها الدكتور ابرهيم قندلفت طبيب الاسنان

منذ سنوات اربع قدم لكم الدكتور برشه (Bercher) مقالاً للدكتور لابوريس (Le Bourhis) عن التشويهات السنية في سكان الكامرون (Cameroun) الوطنيين . وقد ذكرني بهذا الامر خادمي الزنجي اذ رأيت في فمه ثنية منحوتة مات لبها ونشأ من موته خراج منوسر وقد دارت المناقشة يوم قدم لكم المقال المذكور عن العراقيل التي لا بد من وقوعها بعد هذه التشويهات السنية وقد اجاب السيد ايزار (Izard) على سؤال السيد فرجان فايول (Fargin Fayolle) بهذا الخصوص مستنداً الى الابحاث التي اجراها في المتحف. غير اني رغبة مني في ان يكون لي رأي خاص في هذا الموضوع بدأت بدرس مصير الاسنان المشوهة على الحي فاخذت افحص اسنان جميع الجنود السنغاليين من خدام وحراس ومرضى حين استشفائهم في المستشفى (واعني هنا بالسنغاليين جميع السكان الوطنيين في ممتلكاتنا بافريقية) وما زلت كذلك حتى اجتمع لدي نحو عشرين حادثة تشويه . وقد بلغ من شغفي بفحص اسنان كل من لقيته من الزنوج ان اخذ هؤلاء ينظرون الي نظرهم الى رجل غريب الاطوار لانهم لم يفقهوا غايتي بل كثيراً ما كانوا يخافونها ويوجسون منها

ولا اتعرض في هذا المقال لبحث اسباب هذه التشويهات السنية لان الدكتور لابوريس (Le Bourhis) قد قص عليكم ما سمعه عن هذا الموضوع

في الكامرون وليس لشكل هذه التشويهات عظيم اهمية وساريكم بعضاً منها عما قليل لكنني ساعرض عليكم قبل ذلك جدولاً دونت فيه نتيجة الحاثي وفحوصي السريرية والاشعاعية في هذا الباب .

ويظهر لكم من مطالعة هذا الجدول والتأمل فيه ان العراقيل الناشئة من التشويهات السنية من بؤر حبيبية محيطة بقمم الجذور واكياس (kystes) وخراجات ونواسير وغيرها ليست نادرة اذ أني لم انتق مرضاي انتقاء بل كنت افحص كل من تيسر لي فحصه . ومن الاسنان المشوهة ما تتراءى للناظر اليها صحيحة حتى اذا فحصت فحصاً سريرياً مدققاً تبين ان البابها متخربة او صورت بالاشعة المجهولة ظهرت حول قمم جذورها أورام حبيبية . وهذه احدى مدهشات التصوير بالاشعة المجهولة . ومن الاسنان المشوهة ايضاً ما يُستدل على موت البابها من تغير لونها وقتامته لكنها غير مصابة ظاهراً بآفات الذروة فلا بد للتأكد من ذلك من الاستعانة بالاشعة المجهولة ايضاً

وفي المشاهدة (٢٠) ترى كيساً كبيراً ناشئاً في الحنك بينما ذروة جذر السن المجاورة تحيط بها اكمؤ (fongosités)

هذا من جهة مظاهر العراقيل (complications) التي تنشأ من التشويهات السنية . اما من حيث كيفية حدوث هذه العراقيل فارى ان الصدمات التي تتلقاها السن في اثناء النحت تكفي لاحداثها لان المتفنن يستعمل في اجراء هذه الاشغال الفنية شفرة ومطرقة تسبب ضرباتها الشديدة المتتابعة قطع الحبل العصبي الوعائي للسن او رضه رضاً شديداً على الاقل . والواقع ان الاسنان المشوهة التي بقيت سليمة صحيحة هي التي كانت تشويهاتها قليلة (رقم

٤، ٧، ٨، ٩، ١٠، ١٤، ١٩) ولا غرابة في ذلك غير انه لا يصح ان يتخذ قياساً اذ ان بين الاسنان الاكثر تشويهاً ما هو احسنها صحة

ورب معترض يقول : لقد سلمنا بان اللب قد مات بتأثير الصدمات التي تلقتها السن في اثناء النحت ولكن كيف توصلت الجراثيم الى القناة فاحدثت هذه العراقيل العفنة فيها ؟ جواباً عن هذا السؤال اقول :

ان المرضى الذين اتيح لي مشاهدتهم كلهم كهول اقوياء البنية ويقول الدكتور لابوريس في مقاله المشار اليه آنفاً ان هذه التشويهات تجرى غالباً بين السنة الثانية عشرة والخامسة عشرة . فالعراقيل تأتي اذن متأخرة جداً . واكثر هذه البؤر الذُروية التي اكتشفتها بصفة كوني اختصاصياً بامراض الفم تبقى ساكنة مدة طويلة وكثيراً ما تبقى مجهولة وبين الاسنان التي فحصتها ما ظاهره صحيح تماماً . فالتعفن اذاً قد اتصل بهذه الاسنان عن طريق شقوق العاج المكشوف وقنياته على رأي الدكتور كافاليه (Cavalié) او عن طريق الدوارن الدموي على رأي غيره ، ومنها (رقم ١، ٢، ١٨، ٢٠) ما تسوس سطحه المنحوت . كذلك وجدت بينها سنين خلعتهما في العام الماضي لظهور خراجين كبيرين فيهما وكانت في كل منهما حفرة تتصل بحجرة اللب . فوصول الجراثيم الى الذروة عن طريق حفر التسوس في هذه الحال واضح كل الوضوح . ويظهر ان الاسنان الاولى التي بقي العاج فيها صحيحاً تطرأ عليها عوارض مرضية تتطور ببطء وقد تقف عند حد الورم الحبيبي فيكون اذ ذاك للنسج المحيطة بالذروة الوقت الكافي للدفاع عن نفسها اذ ان الورم الحبيبي المتكون ليس في الحقيقة الا منطقة

دفاع اما في الاسنان الاخرى ذات السطوح المنحوتة الملوثة بعوامل التسوس حيث الطريق لوصول الجراثيم الى الذروة اسهل واكثر مباشرة فالعراقيل المرضية اشد وطأة وهي في الغالب خراجات تستلزم خلع الاسنان المشوهة غير ان هذه الحالات (أي حيث السطوح المنحوتة متسوسة) نادرة لان اكثر الاسنان المشوهة ترى سطوحها المقطوعة بيضاء صقيلة لان الزنوج قد اعتادوا فرك اسنانهم يومياً بعود من الخشب يقوم عندهم مقام العسيل (فرشاة الاسنان) وقد حاولت عبثاً أن اعرف ماهية هذا العود وجل ما عرفته عنه انه عود شجيرة تنمو في بلادهم يعرفها على ما اظن زملاؤنا الذين كانوا في المستعمرات

اما اشكال هذه التشويهات فكثيرة واكثرها شيوعاً الاشكال التي ترونها امامكم واكثر الاسنان تشويهاً الثنيتان العلويتان واحيانا الرباعيتان .

واليكم في الختام الاستنتاجات التي استخلصتها من فحص الاسنان المشوهة

(١) — ان العراقيل التي تنشأ من تشويه الاسنان كثيرة الحدوث

(٣) — انها تأتي متأخرة

(٣) — ان تطورها يجري بسكون واعراضها تبقى كامنة

(٤) — تتعلق شدة هذه الاعراض بمقدار التشويه .

وقد ادهشتني في اثناء تحري التشويهات في افواه الزنوج كثرة الافراد الذين ارى بين ثنيتيهم فراغ ليس بالفراغ المحدث الناشيء من خلع احدى الاسنان بل هو فراغ طبيعي ناشيء من تبدل خاص في قوسهم السنية وسواء أكان هذا التبدل ولادياً او مكتسباً لا استطيع الان تعليله .

الرقم	اسم القطر	الاسنان المشوهة	الاسنان المشوهة الصحيحة	الاسنان المشوهة ذات اللب المتموت		العراقيل	
				اليمنى	اليسرى	اليمنى	اليسرى
١	شط العاج	٢	٠	الثنية العليا	الثنية العليا	ناسور	بؤرة ذروية
٢	»	٢	٠	»	»	بؤرة ذروية	
٣	»	٢	٠	»	»	بؤرة محيطة بالذروة	ورم حبيبي
٤	»	٢	٢	٠	٠	٠	٠
٥	فولتا العليا	٢	٢	٠	٠	٠	٠
٦	»	٢	٠	الثنية العليا	الثنية العليا	ناسور	سن متغيرة اللون
٧	شط العاج	٢	٢	٠	٠	٠	٠
٨	فولتا العليا	٢	٢	٠	٠	٠	٠
٩	شط العاج	٢	٢	٠	٠	٠	٠
١٠	»	٢	٢	٠	٠	٠	٠
١١	»	٢	١	٠	الثنية العليا	٠	بؤرة ذروية
١٢	داهومي	٢	٢	٠	٠	٠	٠
١٣	»	٢	٢	٠	٠	٠	٠
١٤	سنيكال	٤	٣	الرباعية العليا	٠	مخلوعة	٠
١٥	فولتا العليا	٢	١	الثنية العليا	٠	خلعت سنة ٩٢٧	٠
١٦	سنيكال	٤	٤	٠	٠	٠	٠
١٧	داهومي	٤	٣	الرباعية العليا	٠	خلعت	٠
١٨	شط العاج	٢	١	الثنية العليا	٠	بؤرة ذروية	٠
١٩	داهومي	٢	٢	٠		٠	٠
٢٠	فولتا العليا	٢	٠	الثنية العليا	الثنية العليا	ناسور	كيس
٢١	غينية	٢	٢	٠		٠	٠

حفلة توزيع الشهادات

على خريجي الجامعة السورية

احتفلت الجامعة السورية في مدرجها الكبير الساعة السابعة عشرة من يوم الثلثا الواقع فيه ٧ تموز السنة ١٩٣١ بتوزيع الشهادات على خريجيها من معهدي الطب والحقوق جرياً على عادتها وقد ترأس الحفلة فخامة رئيس الوزراء المعظم الشيخ تاج الدين افندي الحسني وسعادة مندوب المفوض السامي الموسيو سولومياك يحف بهما معالي الوزراء والمستشارون واساتذة الجامعة وحضرها الرؤساء الروحيون ونخبة من اعيان دمشق وكبار الجالية الفرنسية فلم تأزف الساعة المعينة ويستقر المقام بالمدعويين حتى نهض معالي عميد الجامعة بالوكالة الاستاذ عبد القادر بك العظم وسعادة وكيل رئيس المعهد الطبي الدكتور طاهر بك الجزائري وافتتحا الحفلة فكان الثاني يقرأ اسم الطالب والاول يسلمه الشهادة بين عاصفة من التصفيق وكان الاطباء والصيادلة واطباء الاسنان والقابلات يقسمون القسم القانونية امام الجمع المحتشد قبل استلام شهاداتهم مشهدين الله العظيم والبشر على امانتهم وصدقهم في معاطاة المهنة التي نالوا حق ممارستها .

والى القراء الكرام اسماء خريجي هذه السنة :

....

الاطباء

١ السيد عبد الحليم العلمي
٢ — عبد الهادي القاعاتي
٣ — قاسم ملحس
٤ — مصطفى فوآد عبد المعطي
٥ — محمد اكرم شومان
٦ — مسلم القاسمي

الصيادلة

١ — مصطفى زهدي
٢ — خيرات ماميش
٣ — توفيق مزهر
٤ — جورج جرجس

اطباء الاسنان

١ — مسلم السمان
٢ — عادل عوا
٣ — شفيق حنا يعقوب

القابلات

١ الآنسة رضوانية ابو القاسم
٢ — فاطمة عبد الرحيم
٣ — تقية السيد
٤ — لطفية مارديني
٥ — وجيهة دباغ

***

مجازو الحقوق

١ — السيد ابرهيم شرا ئري
٢ — « اسعد حريز
٣ — « اسعد كوراني
٤ — « انيس روفائيل
٥ — « انيس ملوحي
٦ — « جميل عبدالله
٧ — « حسن النقيب
٨ — « رامز عطية
٩ — « سامي ضاهر
١٠ — « سعد الله سلطان
١١ — « سعيد الريس
١٢ — « صفا زوده
١٣ — « عابدين رستم
١٤ — « عبد الحسيب عدي
١٥ — « عبد العظيم باجقني
١٦ — « عبد النافع اتاسي
١٧ — « علي الاسعد
١٨ — « فوزي حبال
١٩ — « فيضي اتاسي
٢٠ — « كاظم خليل
٢١ — « محمد برازي
٢٢ — « محمد جيرودي
٢٣ — موريس عطا الله
٢٤ — « ناظم مرهج
٢٥ — « يوسف زريق

ثم نهض احد خريجي الطب الدكتور السيد عبد الحليم العلمي فتكلم باسمه واسم رفقائه مودعاً المعهد الذي به نشأ وانا نثبت خطابه لما فيه من العواطف الرقيقة والافكار السديدة :

خطاب الدكتور عبد الحليم العلمي

سادتي :

ساعة رهيبة هذه الساعة ، وموقف جلل هذا الموقف، الذي به تطوى آخر صفحة من صفحات الحياة المدرسية ، وبه ترتل آية الاعتراف بالجميل ، وتغنى انشودة الوداع ، وداع ابناء بررة لمعهدهم الطبي الذي فيه ترعرعوا ، ومن منهله العذب ارتووا ، ومن لبان علومه تغذوا ، فاصبحوا بفضله رجالاً تشد الامة بهم أزرها ، ويعقد الوطن على امثالهم آماله . فكيف يتسنى لهم مفارقة معقلهم هذا معقل العلم والعرفان ، ومبعث المعرفة والحكمة ، قبل ان يفوه حقه ، ويؤدوا له ما عليهم من ذمة ؟

ولذا اسمحو لي ايها السادة ، ان اتحدث بنعمة هذا المعهد ، واترنم بفضله فهو بهمة معالي العميد الجليل الذي شد رحال الترحال الى ديار الغرب ، في سبيل اسعاد الجامعة السورية ، والنهوض بها ، نعم بهمته وبهمة رجاله الافذاذ قد سار شوطا بعيداً ، في مضمار التقدم السريع ، والرقي المطرد .

أَجل ، ان المعهد آخذ بالرقي ، ورقيه يتناول جزئيه الاساسيين المادي والمعنوي . لانه اذا جاز لي التشبيه ، شبهت هذا المعهد بالانسان ، فكما ان الانسان مؤلف من الجسد والروح ، وكلاً منهما يحتاج الى غذاء يغتذي به ،

كذلك يتألف المعهد من ابنية ومعدات وادوات وخزانات كتب ، لا بد منها لاظهار قوته المعنوية ، ويتألف ايضا من طرز التعليم وانتقاء اساليبه الحديثة

واذا سكت عن ذكر الانشاآت التي استحدثت في هذا المعهد ، منذ عهد قريب ، من هذا البناء الفخم الذي نتفيأ ظلاله الان ، الى دار الطب الشرعي ، الى دار التوليد التي بزغت شمسها ، الى القاعات الفسيحة التي رممت في تكية السلطان سليمان القانوني ، الى خزانة الكتب الجامعة لشتى الفروع ، الى المختبرات الملأى بالمعدات الحديثة التي تضارع احدث المختبرات الراقية ، نعم ، اذا سكت عن كل ذلك ، فلا يسعني السكوت عن طرز التعليم واسلوبه ، الذي هو روح المعهد وبه يحي :

ان الاساتذة ايها السادة ، يفرغون نفوسهم في تعاليمهم ، انهم يلقنون تلامذتهم ، شيئا لا يتلقنه غيرهم في المعاهد الاخرى ، اعني به الاهتمام بامورهم ، فهم لا يلقون دروسهم ، او يجرون عملياتهم ، او يصنعون اختباراتهم لان الواجب يدعوهم الى ذلك سواء أفهم سامعوهم ام لم يفهموا . بل يجرون كل هذا ، وينظرون الى تأثيراته في تلامذتهم ، فاذا توسموا فيهم تمثل ما افرغوه في عقولهم ، تابعوا بحثهم ، والا البسوا افكارهم ثوباً جديداً ، وبدلوا عباراتهم ، وجاءوا بتشابيه تقرب من تلامذتهم فهم الموضوع الذي يعالجونه .

واذا بقيت هوة سحيقة بين تلامذتهم وبين الموضوع المبحوث عنه ، جاءهم التلامذة مجيء الابناء الى الوالد يستوضحونهم ما غمض عليم . وهذا لعمري هو منتهى الحياة الديموقراطية في العلم ، التي يمتاز بها هـذا المعهد

واساتذته العظام .

ومن مميزات التعليم في المعهد ايضا ، ايقاف الطلاب على احدث ما جاء به العلم ، وتطبيق الامور العملية فيه على النظرية ، فلا تكون حالة التلميذ في معهدنا المحبوب ، حالة طالب يقرأ في كتابه ما يطلب منه في الامتحان فقط ، بل حالة شخص قد تمثل الموضوع من وجهاته النظرية المتنوعة ، وتحقق صحته من الوجهة العملية ايضا . واذا رغبت في ابراز هذا المعنى بقالب آخر قلت ان الاستاذ يتعب ويجد في هذا المعهد ، ليعد لطلابه طعاما سائغا يسهل عليهم هضمه ، بيد ان التلميذ في المعاهد الاخرى ، يعمل ليله ونهاره لاعداد هذا الطعام الذي يخيب في تحضيره غالبا لان معارفه قاصرة عن انتقاء المواد التي يتألف منها .

ومن مميزات التعليم ايضا ، اهتمام الاساتذة الافاضل ، بامراض هذه البلاد ، بلاد الشرق الأدنى والتنقيب عنها وقتلها درسا وبحثا ، وان ابحاثهم الضافية في البرداء والزحار والضنك وبثرة حلب وداء الجلبان ، الذي كان للمعهد الفضل في اكتشافه ، ذلك الداء الذي اقعد عدداً كبيراً من اهالي قرية التل عن السعي والعمل وغير ذلك من الامراض التي كانت لهم فيها جولة مجيدة تناقلتها صحافة الغرب ، لاكبر دليل على تفوقهم وعلو كعبهم .

ولا ينحصر تعليم المعهد ايها السادة ، بتثقيف ابنائه الذين تضمهم جدرانه الاربعة ، بل يتعداه الى ابنائه البعيدين عنه ، الذين انفصلوا عنه باجسادهم ، ولا تزال عقولهم ونفوسهم عالقة به ، تستمد منه وحيها وعلمها ، وهذا مارمى اليه المعهد بانشاء مجلته الطبية ، التي تبعث الى اخواننا البعيدين بالمستحدثات

الطبية ، والتنقيبات الفنية ، التي ينقب عنها اساتيذنا الافاضل ، وهم بين مرضاهم وفي خلواتهم . فهذه المجلة ، هي رسول العلم الامين الى اولئك الذين اضطرتهم وظائفهم الى الابتعاد عن هذا الوطن المفدى ، هي تلك الخزانة التي يفرغ فيها رئيس انشأها مواد بحثه وعلمه ، ليوصلها الى ابناء المعهد النائين عنه ، وقد ارتدت حلتها العربية القشيبة .

سادتي الكرام :

ان معهداً هذا شأنه ، واساتذة هذه اعمالهم ، ليبشرنا بمستقبل زاهر ، مستقبل نعيد فيه ما كان لنا من المجد والسؤدد ، مستقبل نعيد فيه عصر الرازي وابن سينا ، وابي القاسم وابن القف وابن زهر ، اذ سيصبح معهدنا عما قريب كعبة رواد العلم من ابناء الضاد ، ومحط رحالهم ، فيحجون اليه من اقصى الجزيرة الى اقصاها ، ليراقبوا فيه سير العلم الحديث وتطوراته ، وليعقدوا فيه مؤتمراتهم الطبية ، وابحاثهم العلمية ،

ايها السادة :

ليس الجهاد في نظري جهاد الحرب والطعان فقط ، بل هناك جهاد العلم والتعليم ، جهاد الدرس والتدريس ، فهؤلاء الاساتذة هم ابطال هذا النوع والمجلون فيه ، لانكم لو امعنتم في ما أُلقي على عاتق كل منهم من الاعمال ، لرأيتم انه يعجز عن القيام بمثلها عدة اساتذة في معاهد العالم الاخرى ، فضلاً عن ان لكل استاذ في تلك المعاهد معاوناً او معاونين او اكثر ، أفلا يحق لنا ان نسمي هذا جهاداً ؟ بلى والله انه لجهاد ، ولا اقدس ولا اقرب الى الله منه جهاد .

اي اساتذتي الافاضل :

لقد قمتم بواجبكم خير القيام، وفعلتم ما يتطلبه منكم الوجدان والامة ،فحق لكم التكريم والتقدير ، وحق على الامة ان تخلد اسمكم في تاريخ نهضتها وتنقش اعمالكم على صفحات قلوبها.

والآن فان غرستكم التي غرستموها وتعهدتموها بالتهذيب قد بسقت اغصانها ووردتكم التي زرعتموها ونفختم فيها روح الحياة طيلة سنوات ست قد ازهرت فآن لكم ان تنثروا باقة الرياحين والورود التي جنيتموها على هذه الامة الوسنانة ، لتنتعش من لونها النضر ، ورائحتها الذكية ، وعبيرها الشذي .

وفي الختام أُودعكم وداع ابن بار ، باسم رفاقي المتخرجين عليكم نودعكم حافظين لكم جميلكم ، ما دام فينا عرق ينبض وقلب يخفق ، نودعكم رافعين لواءكم، مستنيرين بضيائكم ، مقتبسين من نور علمكم ، نودعكم حاملين بين حنايا ضلوعنا امانتكم التي ائتمنتونا عليها، والتي سنحتفظ بها حسبما يقتضيه الدين والوجدان والشرف .

وانتم اخواني الطلاب ، ان من الصعب علينا وأَيم الله فراقكم ، اذ كنتم لنا خير معوان في السراء والضراء ، ولكن مما يسلينا على ذلك ، انه فراق قريب اللقاء، فنودعكم متمنين لكم النجاح المطرد ، والتوفيق التام ،

* * * *

ونهض على الاثر السيد رامز عطية احد خريجي معهد الحقوق فالقى خطاباً فرنسياً مذكراً به سعادة مندوب المفوض السامي بشهادة معهد الحقوق

وقبولها في معاهد فرنسة وسائلًا منه ان يتوسط حكومته النبيلة بحل هذه القضية لان مطمح خريجي معهد دمشق الحقوقي الاسمى هو ذهابهم الى فرنسة بعد انهاء دروسهم لنيل شهادة الدكتوراه من معاهدها .

ثم القى معالي وكيل عميد الجامعة الاستاذ عبد القادر بك العظم خطاباً جميلًا مبيناً فيه اعمال الجامعة في السنة المنصرمة نثبته ايضا لان فيه ما يفيد خريجي معهدنا القدماء كيف لا وهو يوقفهم على التطورات التي طرأت على الجامعة في خلال السنة الماضية :

فخامة الرئيس سعادة المندوب سادتي

تختتم الجامعة السورية اعمالها السنوية بحفلة توزيع الشهادات على الطلاب الذين انهوا دروسهم في معاهدها واني باسم الجامعة اشكر جميع من تفضلوا ولبّوا دعوتنا وشرفونا بحضورهم .

وقبل ان آتي على ذكر خلاصة الاعمال التي قامت بها ادارة الجامعة وفروعها في عامها المنصرم ارى الواجب يدعوني الى بيان لمحة مختصرة عن ماضي الجامعة وحاضرها للمقارنة بين العهدين فاقول :

بعد ان وضعت الحرب أوزارها قامت نخبة من ابناء هذه الامة النجيبة يسألون اعادة افتتاح المعهدين الطبي والحقوقي اللذين أُسّسا في عهد الاتراك ثم أُغلقا إبّان الحرب فاجيبوا الى سؤلهم وافتتح المعهدان ومُنحا من المخصصات ما لا يكاد يفي بحاجاتهما الضرورية . وقام الاساتذة الذين ندبوا للعمل في كلٍ من المعهدين بالجهود الجبارة التي يستلزمها التأسيس والتجديد

فكانوا في اعمالهم هذه مثالاً حياً للتضحية وقدوة صالحة للعاملين في خدمة الوطن .

دامت هذه الحال على هذه الصورة مدةً من الزمن كان المعهدان يسيران فيها سيراً بطيئاً لكي يشقَّا لهما طريقاً الى النهوض والرقي حتى خطر في بال البعض امر الاستغناء عنهما ولكن قيض الله لهما من قدرهما قدرَهما وقدّره حاجة البلاد اليهما فوقاهما شر الزوال وان تنس الجامعة لا تنس فضل من تقدم من رؤساء الحكومات والمفوضين السامين ومندوبيهم الذين تعهدوا المعهدين بعنايتهم وحاطوهما برعايتهم وأخص بالذكر فخامة الجنرال ويغان الذي عطف على فكرة تأسيس جامعة من المعهدين تجمع شمل المعاهد العالية فاستحق الشكر والثناء الجزيل على هذا العطف . ومع ذلك فان الجامعة لم تكن يوماً من الايام احسن حالاً واتمّ ازدهارا مما هي عليه اليوم في عهد فخامة المفوض السامي المسيو بونسو وعهد فخامة رئيس الوزراء الحالي المعظم وسعادة المندوب الجليل اذ تم لها في هذا المعهد الزاهر انشاء هذا البناء الفخم ومخابر التكية ودار الكتب العامة المنشأة على أحدث طرز المحتوية على جميع الآلات والادوات والنماذج المتقنة الصنع والكتب النفيسة في شتى الفنون والعلوم كما تيسر له افتتاح مدرسة الادب العليا وفروع الاختصاص في معهد الحقوق التي تقرر المباشرة بها في بدء العام المقبل . وقد كان فخامة الرئيس المعظم منذ توليه امر الحكم باذلاً عطفه على الجامعة دائباً على بذل المساعدات الكبيرة في كل ما يؤول الى تحسين شؤونها حتى غدت في عهده لا تقلُّ ازدهاراً عن جامعات الغرب ولم يكن سعادة المندوب الجليل

أقل حرصاً من فخامته على استكمال الاسباب والعوامل التي ترفع شأن الجامعة وتستدعي نماءها وتقدمها .

فالجامعة تقدم شكرها الصميم لهذين الرجلين العظيمين ومن حذا حذوهما فاسبغ عليها من عطفه ومؤازرته .

هذا ولا يسعني في هذا المقام ايها السادة الا الاشادة بذكر من كان اكبر عامل في انهاض هذه الجامعة أعني به الدكتور رضا بك سعيد عميدها الكريم واتحافه بتحية من هذا المنبر الذي طالما وقف عليه راجياً من عنايته تعالى ان يوفقه لما فيه خير الجامعة وتقدمها .

ان انشاء المؤسسات والمعاهد العلمية يا سادتي وايصالها الى أوج الارتقاء ليس بالامر السهل ولا يخفى على حضراتكم ما يحتاج اليه هذا العمل من الجهود المضة والنفقات الطائلة والدأب والممارسة الطويلين والجهاد المستمر شأن جميع المشروعات الكبيرة النافعة التي تبذل في سبيل انجازها الاموال والكنوز والمجهودات حتى اذا تم نضجها وحان قطافها كانت ثمراتها شهيةً طيبةً وعوضت على القائمين بها وعلى البلاد التي أقيمت فيها اضعاف ما بُذل وأُنفق في سبيلها من اموال وجهود . فالجامعة السورية التي وصلت الى هذه الدرجة من الرقي والتكامل المادي والمعنوي اصبحت شمساً نيرة تبعث باشعتها الى جميع الاقطار العربية ويؤمها الطلاب من جميع انحاء الجزيرة وغيرها من البلاد المأهولة بابناء هذه الامة الكريمة . ولا ريب في انه متى تم دور التأسيس والانشا الذي كاد ينتهي تُصبح حاجة الجامعة مقتصرة على النفقات الدائمة وتصبح المنافع والفوائد التي تجنى منها تفوق أضعاف ما ينفق في سبيلها

وحينئذٍ يستطاع الشروع بفتح بقية الفروع التي لا تقل حاجة البلاد اليها عن حاجتها الى الفروع الموجودة .

والآن اسمحوا لي ايها السادة ان أتلوَ على مسامعكم الاعمال التي قامت بها الجامعة وفروعها في العام المدرسي المنصرم

تبين لحضراتكم من الشهادات التي جرى توزيعها على اربابها ان عدد الطلاب الذين تخرجوا في هذا العام من فروع الجامعة اربع واربعون منهم خمسة وعشرون حقوقيون وستة اطباء واربعة صيادلة وثلاثة اطباء اسنان وست قابلات. ويوجد الآن في معاهد الجامعة مائة وثلاثة وتسعون طالباً في معهد الحقوق ومائة وواحد وتسعون طالباً في معهد الطب ومائة وسبعة طلاب في مدرسة الآداب

وقد قام معهد الطب في خلال العام المنصرم باعمال جمة نذكر منها الاعمال الآتية :

	عدد
عمليات الفرع الجراحي العام	٥٨٦
« « النسائي	١٠٣
« « العيني	١٠٤
« « الانفي الحنجري	٣٠
فحوص مخبر الامراض الباطنة	٢٣٢
الفحوص والمعالجة الكهربية	١٨
الاجهزة الجبسية	٩٦
الاسعافات المستعجلة	٢٤٠
ضمادات العيادة الجراحية	١٩٢٠

ضمادات العيادة العينية	٢٢٤٠
الوصفات الطبية للفقراء	١٨٢٠
الفحص والتصوير باشعة رونتجن	٦٦٧
الفحوص الجراثيمية في مختلف الاوساط الحيوية	٤٥٣
فحوص التشريح المرضي	٦٠
المرضى المطببون مجاناً	١٦٢٤

اما ما قامت به الجامعة من اعمال الانشاء والترميم فهي انها احدثت مخبراً للطب الشرعي على مقربة من بناية المعهد الحقوقي فانجزته وشرعت بانشاء غرفتين وإلحاقهما به . كما انها شرعت ايضاً بيناء دار التوليد ازاء هذا المدرج وستجهزها بعد اتمامها انشاءالله بجميع ما تحتاج اليه من الآلات والادوات الحديثة والأمل وطيد بان يتم بناء هاتين المؤسستين قريباً بفضل المساعدات الجليلة التي يبذلها رجال الحكومتين الوطنية والمنتدبة فتكون الجامعة قد خطت خطوة جديدة نحو اتمام مهمتها وقامت بما يترتب عليها نحو هذه الامة من الواجبات والخدم .

واني أرى من الواجب ان اعلن قبل ختام هذه الكلمة شكري لممثلي الحكومتين الذين سهلوا مهمتنا بعطفهم ومكنونا من القيام بمهمتنا .

وقرئت ترجمة الخطاب باللغة الفرنسية وكانت الخطب جميعها تقاطع بالتصفيق ثم ترك المدعوون المدرج الكبير الى موائد انيقة نظمت تنظيما جميلًا في بقعة فسيحة واقعة شرقي بناء الجامعة فتناولوا المرطبات والحلويات اللذيذة وانصرفوا داعين للجامعة بالازدهار المطرد والرقي المتواصل

صناعة الورق ٤

للدكتور في الصيدلة صلاح الدين مسعود الكواكبي

تعرف درجة النترجة بفحص الالياف المعالجة :

١. — فاذا بلغ مقـدار ثاني اكسيد الازوت المنطلق ١١٠ سم . م في الغرام الواحـد (السلولوز الثامن ذو اربع ذرات من حمض الازوت) شوهدت الالياف في النور المستقطب شهباء جمداء

٢ً — واذا كان مقدار ثاني اكسيد الازوت المنطلق ١١٠ — ١٤٥ سم.م (السلولوز السادس ذو ست ذرات من حمض الازوت) اختلطت الالياف الشهباء بالالياف المتقزحة .

٣ً — واذا كان مقداره ١٤٥ — ١٦٠ سم . م تشاهد الالياف سمراء قليلًا او كثيراً .

٤ً — واذا كان مقداره ١٦٠ ١٨٠ سم . م يتحول لون الالياف من الاصفر الفاهي الى الاصفر البرتقالي (السلولوز الخامس ذو سبع ذرات من حمض الآزوت) .

٥ً — واذا تجاوز مقداره ١٨٠ سم . م بدت الالياف عديمة اللون اولا ثم شوهدت بنفسجية فزرقاء فزرقاء فاهية ثم يستولي هذا اللون على جميع ساحة الرؤية في المجهر كلما زادت كمية حمض الازوت .

د — بارود القطن (coton-poudre)

يصنع بارود القطن في اقصى درجات النترجة بغمس كيلو غرام واحد

من القطن الصافي جداً في مزيج مهيأ من جزء واحد من حمض الازوت (٩٥ في المائة) وثلاثة اجزاء من حمض الكبريت (٩٧ في المائة).

يترك القطن بملامسة المزيج نصف ساعة ثم يخرج ويعصر ويغسل ويجفف من كل ١٠٠ كغ من القطن ينتج ١٦٠ كغ من بارود القطن بدلا من ان يكون ١٨٣,٥ كغ نظريا.

اما وظيفة حمض الكبريت في هذه العملية فهي مص الماء الذي يتكون من التفاعل وبعد مدة يصبح ممدداً لا نفع فيه مما يستدعي تجديده.

ه — الحرير الاصطناعي

يصنع الحرير الاصطناعي (كما في طريقة شاردونه Chardonnet) بمعالجة القطن بمزيج مؤلف من ١٥ جزءاً من حمض الآزوت (ثقله ١,٥) و٧٥ جزءاً من حمض الكبريت الكثيف حتى تشاهد الالياف اذا نظر اليها بالنور المستقطب بيضاء شهباء قليلاً او كثيراً. واذا دامت النترجة اكثر فانها ترى صفراء فزرقاء وهو اللون الخاص ببارود القطن.

يعصر بعد ذلك ويغسل ثم يذاب في ٤,٥ امثال وزنه من مزيج الكحول ٩٥ والايثر (اجزاء متساوية من كل منهما). ثم يجعل خيوطاً بامراره بالضغط من انابيب زجاجية دقاق وتجفف الخيوط. ثم تزال منها زيادة حمض الازوت (dénitrification) بمعالجتها ببعض الكباريت المائية (sulfhydrates) على حرارة منخفضة ثم تقصر (اي تبيض) بكلور الكلس.

اما كمية المحلول اللازمة لكيلو غرام واحد من القطن فهي ٣٥ لتراً تقريباً. واما ما يصرف من الحمض لكل كغ من القطن فيبلغ ٣,٧٠٠ كغ

من حمض الكبريت (٦٦ بومه) و ٢،٣٠٠ كغ من حمض الازوت (عياره ٤٨٠ .).

ان محلول القطن في مزيج الكحول والايثر يسمى كولوديون (collodion) وهو على انواع شتى يختلف بعضها عن بعض باختلاف درجة النترجة . فما يستعمل في التصوير الشمسي يجب ان يكون رائقا جداً (وهو ذو ست ذرات من حمض الازوت) وما يستعمل في البارود اللادخاني يجب ان يذوب الجزء الاعظم منه في الايثر ويجذب النتروغليسرين جيداً (وهو ذو ثماني ذرات وتسع ذرات من حمض الازوت)

اما في حرير شاردونه الصناعي فيحسب على ان يعطي الكيلو الواحد من القطن الجاف ١،٢٦٠ كغ من البيروكسيلين (pyroxyline) الجاف (عياره ٣٥ في المائة اي ينتج ٣٥ في المائة من NO_2) .

وبعد عملية ازالة حمض الازوت يشاهد من الحرير غير المزال حمض الازوت منه قدر ٨٠٠ غرام .

على ان عملية الازالة هذه تفقد من متانة القطن شيئا كثيراً سيما اذا بلّ فيما بعد . وقد اوجدت طريقة لاعادة هذه المتانة وهي معالجة هذه الخيوط الحريرية بألدهيد النمل (formaldéhyde) في بيئة حامضة وبملامسة الاجسام الجذابة للماء وتدعى هذه الطريقة طريقة التقوية (sthénosage) والحرير الناتج بهذه الطريقة يدعى الحرير المقوّى (soie sthénose)

هذا واذا اثر حمض الازوت في السلولوز بالحرارة فانه يتكون السلولوز المائي في بدء الامر ثم يتكون السلولوز المؤكسج مع انطلاق ابخرة ازوتية نارنجية .

« للبحث صلة »

الجزء ٨ المجلد ٨

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في تشرين الاول سنة ١٩٣١ م الموافق لجمادى الاولى سنة ١٣٥٠

التشمع الضموري البردائي

محاضرة القاها الدكتور احمد سامي بك الساطي
استاذ الامراض والسريريات الباطنة في معهدنا الطبي
بمناسبة انعقاد المؤتمر الطبي المصري الرابع في الكلية
الاميركية في بيروت في شهر حزيران المنصرم
« المجلة »

لا يخفى ان تشمع الكبد الضموري الذي كشفه لاأنك سنة ١٨١٩ وقد سمي باسمه (تشمع لاأنك) يدعى ايضاً التشمع الضموري الكحولي لان الكحول كان في مقدمة اسبابه ان لم نقل سببه الوحيد . واذا كانت اسباب أخرى قد نسب اليها الداء كالمليساء والاسرب وبعض المواد العطرية كماء كولونيا والآفسنتين (الابسنت) وكالتسممات الناشئة من عسر الهضم وكالدائين الافرنجي والتدرني فانها تظل في الدرجة الثانية من الاهمية لان الكحول ظل محافظاً على مقامة الاول ، اما نحن فقد شاهدنا في السنوات

الخمس الاخيرة تسع وثلاثين حادثة من تشمع لانك الضموري ولم يكن الكحول السبب الا في عشر حادثات منها فقط وكان الكحول والبرداء السبب في اثنتين. واما الحادثات السبع والعشرون الباقية فكان سببها الوحيد التسمم البردائي . لان داء الافرنج والتدرن اللذين تحريناهما في جميع مرضانا لم يظهر لهما اقل اثر بالتحريات المخبرية المجراة على الدم والسقي (ماء الجبن) وبالتحريات الاشعاعية باشعة رونتجن ولان جميع مرضانا لم يكونوا كحوليين حتى ان معظمهم لم يذق الاشربة الكحولية طيلة حياته . وهذا ما دعاني ايها السادة الى الكلام عن التشمع الضموري البردائي الذي لم يأت معظم المؤلفين على ذكره حتى الآن . ولست ارغب في ان اصف لكم وصفاً مسهباً المشهد السريري الذي يتمثل به هذا الداء لان الكثير من اعراضه مشابه أتم المشابهة لتشمع لأنك الكحولي . بل غايتي ان اذكر النقاط التشريحية المرضية التي يمتاز بها احد هذين الدائين عن الآخر ثم اجيء على بعض العلامات السريرية التي تختلف في اولهما عن الثاني .

التبدلات التشريحية المرضية :

١ — استحالة الخلايا الكبدية اخف وطأة في التشمع البردائي منها في الكحولي .

٢ — ارتشاح البلغميات (لمفوسيت) كثير في البردائي وقليل في الكحولي

٣ — النسيج الضام الحديث ليفي في البردائي وليفي كهل في الكحولي

٤ — التصلب واقع حول الفصيصات وفي باطنها وهو كثير حول الخلايا في البردائي وتندر احاطته بالخلايا في الكحولي .

٥ — القنيات الصفراوية الحديثة نادرة في البردائي وكثيرة في الكحولي

٦ تظهر اصبغة بردائية خاصة في البردائي ولا تظهر هذه الاصبغة في الكحولي. وهذه الاصبغة هي الهموزئين المنحل في الكحول البوتاسي ويمتاز عن الملانين الذي يزول لونه في الماء المحمض (الماء الاوكسيجيني) او في محلول فوق منغناة البوتاس اللذين لا يؤثران في الهموزئين .

هذه هي التبدلات التشريحية المرضية التي يمتاز بها احد الدائين عن الآخر وهي كثيرة الأهمية كما تبين من ذكرها اما الاعراض التي يمتاز بها التشمع الضموري البردائي عن تشمع لاأنك الكحولي فهي :

القمه — (قلة الاشتهاء) والتقزز من اللحوم والشحوم وهو قليل في التشمع البردائي وقد صادفناه في سبع حادثات من مرضانا وشديد في التشمع الكحولي وسبب ذلك كون استحالة الخلية الكبدية في البردائي اخف مما هي عليه في الكحولي .

الآحين : (الالبومين) اكثر في سقي المتشمعين البردائيين منه في سقي المتشمعين الكحوليين فهو بين ١١ — ١٦ غراماً في البردائي و١٢ غراماً في الكحولي .

الارتسامات الوريدية ليست واضحة بل مرتسمة ارتساماً سطحياً في البردائي وشديدة الوضوح بل تكاد تكون متوترة في الكحولي وتعليل هذا سهل على ما نرى لان الارتسامات الوريدية والحبن كما لا يخفى ناتجان من عسر الدوران في جملة وريد الباب المفضي الى توسع الجملة الوريدية خارج الكبد فتتكون الارتسامات الوريدية على جدار الصدر وما

فوق الصرة من جدار البطن وبما ان النسيج الضام المستحيل في التشمع الضموري البردائي نسيج نضير فان ضغطه لجملة وريد الباب الكبدية خفيف والارتسامات الوريدية الخارجية سطحية وغير متوترة .

وعلى العكس من هذا فان النسيج الضام في التشمع الكحولي كهل متليف والضغط الذي يحدثه للجملة الوريدية شديد . ولهذا كانت الارتسامات الوريدية شديدة الوضوح ومتوترة

ولم اشاهد ارتسامات وريدية تحت الصرة الا في ثلاث حادثات من التشمع البردائي الناجمة من سدادة ناقصة في الوريد الاجوف السفلي والمحدثة لوذمة شديدة في الطرفين السفليين .

اما في التشمع الكحولي فليست هذه الارتسامات قليلة.

الوذمة : في الطرفين السفليين موجودة في معظم حادثات التشمع الكحولي وكان يظن ان سببها ضغط السقي للاجوف السفلي واما الوذمة السابقة للحبن فلا تعلل بهذا التعليل لانها ناجمة من خلل وظيفي في خلية الكبد كما ذكر (هانو) ولخلية الكبد تأثير ناه للكلية عن افراز الماء عدا باقي عناصر البول (روجه) فاذا اختلت اختل هذا الافراز فارتشح مصل الدم الزائد في اللحمة (النسيج الخلوي تحت الجلد) وكوّن الوذمة . ولعل خلو التشمع الضموري البردائي في دوره الابتدائي من الوذمة حتى خلو دوره الحبني منها في كثير من الحادثات ناجم من خفة استحالة الخلايا الكبدية فيه لا من قصور الخلية لان هذا القصور موجود في خلية كلا التشمعين كما بينت ذلك البيلة الغليقوزية التجزيية ونقص البولة (اوره) وظهور صفراوين

البول (اوروبيلين) وتجربة زرقة المتيلين.

اما الاعراض الاخرى كضمور الكبد وضخامة الطحال والاختلالات الهضمية وشحوب لون البراز والحالة اليرقانية الخفيفة واليرقان الموقت او الدائم والنزوف وازدياد الغليقوز في الدم وتكاثره باعطاء السكر وتأخر تخثر الدم على الصفيحة او بتجربة (دوك) فموجودة في كلا التشمعين

والبول في التشمع الكحولي قليل الكمية مزداد الكثافة محمر اللون يكثر فيه حامض البول وصفراوينه (اوروبيلين) وتقل فيه البولة وهذه العناصر جميعها موجودة في التشمع الضموري البردائي يضاف اليها خضاب الدم (هموغلوبين) في بعض الحادثات.

النتيجة — صادفنا التشمع الضموري في ٣٧ مريضا مصابين بالتسمم البردائي المزمن ومعظمهم لم يذق الاشربة الكحولية طيلة حياته وخال من الاعراض السريرية والمخبرية الدالة على داء الافرنج الارثي والمكتسب وعلى التدرن. واننا مع اعترافنا بان تفاعل (واسرمان) السلبي لا ينفي داء الافرنج نفياً باتا نعتقد تمام الاعتقاد استناداً الى البيئة الموبوءة بالبرداء التي يعيش فيها مرضانا والى الاسباب المتقدمة الذكر ان سبب تشمع اكبادهم البرداء وان الاسباب الاخرى لا يعول عليها في الحادثات التي شاهدناها.

فكما ان البرداء تحدث تشمع الكبد مع التهابها الحشوي والتشمع الضخامي الصباغي وان نادراً فهي تحدث ايضا التشمع الضموري حسب نموذج لاٌنك وكما ان الكحول يسبب تشمعا ضموريا وتشمعا ضخاميا فالبرداء تحدث ايضا تشمعات ضخامية وتشمعات ضمورية.

طريقتنا في التخدير القطني (١)

للدكتور مرشد خاطر استاذ الامراض والسريريات الجراحية في معهد الطب بدمشق

يظهر لنا ان السواد الاعظم من الاطباء والجراحين في قطرينا السوري واللبناني لا يزالون يتحاشون حتى اليوم التخدير القطني على الرغم مما قيل فيه من الحسنات في المؤتمر الجراحي الفرنسي السابع والثلاثين الذي عقد في تشرين الاول في باريس سنة ١٩٢٨ ومن التقرير الضافي الممتع الذي قدمه في ذلك المؤتمر الاستاذان فورغ وباسه . مع اننا كنا نرجي لهذه الطريقة في التخدير انتشاراً كبيراً في بلادنا العربية لان استطباباتها قد عينت تمام التعيين ولان طرز اجرائها قد سهل كل السهولة والعوارض الخطرة التي كانت تنشأ منها قد تقلص ظلها تمام التقلص فضلاً عن ان التخدير العام سواء أكان بالاثير او بالكلوروفورم او بسواهما لا تقل عوارضه عن عوارضها ولا سيما متى لم يعهد به الى ايدي اختصاصيين خبراء ممرنين .

ولما لم يكن في بلادنا ولا في بعض مستشفياتنا ايضاً اختصاصيون بالتخدير العام يطمئن بال الجراح اليهم متى تولوا تخدير مرضاه بل هو يحتاج

(١) قد اعدّ هذا المقال ليتلى في المؤتمر الطبي المصري الذي عقد في الكلية الاميركية في بيروت ثم حالت موانع دون تلاوته

الى مراقبة التخدير في سياق العملية دفعاً لطارئة لا ينتبه لها المخدر فيبدد افكاره مع انه في حاجة الى استجماعها كان التخدير القطني من افضل الطرق التي تتوفر هذه الشروط فيها .

ولما كنا من دعاة هذه الطريقة وممن اختبروها زمناً ليس بالقصير واستعملوها في معظم التوسطات الجراحية الواقعة تحت السرة متى لم يكن في المرضى ما يمنع استعمالها وكان احصاؤنا الذي جمعناه في سياق السنوات الست الاخيرة عن هذا التخدير في شعبة معهدنا الطبي العربي الجراحية بدمشق خلواً من العوارض رغبنا في طرح هذه المسألة على بساط البحث امام زملائنا المؤتمرين الكرام وايقافهم على الخطة التي نسلكها ودعوتهم الى استعمالها لما فيها من الحسنات .

ولسنا نرغب في هذا البيان المختصر ان نردد على مسامعكم ما قيل ويقال عن التخدير القطني فان بطون المجلات وخلاصات المؤتمرات ملأى به بل نود ان نبين لكم ما تمتاز به طريقتنا التي نتبعها والنتائج التي جنيناها منها ونترك لكم الحكم عليها ام لها مؤملين ان تكونوا بعد هذا البيان من اعظم دعاتها واخلص رسلها .

اما طريقتنا فهي طريقة أبادي (Abadie) الخالية من التعقيد وهي تقوم بحقن المريض قبل العملية بساعتين او ثلاث ساعات بخمسة وعشرين سانتغرام بنين (كافئين) ثم حقن قطنه قبل العملية مباشرة باربعة سنتغرامات ستوفائين .

وقد اتبع هذه الطريقة منذ زمن ليس بقصير الاستاذ لوسر كل زميلنا

الفاضل في معهد الطب بعد ان اختبر سواها من الطرق التي كان يشيد دعاتها بحسنها وبعد ان قابل نتائج تلك بهذه فلم يجدها مساوية لها فظل مثابراً عليها ولم يرد عنها بديلًا . وقد اتبعنا بدورنا طريقة (أبادي) بعد ان تحققنا افضليتها تاركين النوفوكائين ومشتقاته : السنكائين والالوكائين والسكوروكائين جانباً ولا سيما المحاليل التي يدخل في تركيبها اجزاء عديدة ومكتفين بالستوفائين وحده لان هذه المواد التي يقال فيها انها اخف سمية من الستوفائين لا تخدر تخديراً ثابتاً وكافياً الا متى حقن منها مقادير كبيرة ١٢ — ١٥ سنتغم فيكون قد بلغ المخدر حد التسمم او قد تجاوزه فتبدو العوارض العديدة التي أساءت الى سمعة هذا التخدير وثلمت صيته وبرهاننا الاحصاء الذي نقدمه فهو خالٍ من جميع العوارض المزعجة مع ان احصاآت سوانا الذين يستعملون المواد الاخرى الأخف سمية على زعمهم لا تخلو من بعض العوارض حتى من الوفيات وبهذه المناسبة لا بد لنا من ذكر طارئتي غشي قلبي صادفناهما اثناء التخدير في سياق السنوات الست الاخيرة احداهما بالايثير والثانية بالكلوروفورم وقد رفعنا مشاهدتينا في ذلك الحين الى جمعية الجراحة في باريس ونشرنا في الجزء الرابع والعشرين من مجلتها سنة ١٩٢٨ وقد نجا المريضان بعد ان حقن قلباهما بالكظرين (ادرنالين) ، نورد هاتين الطارئتين على سبيل المقابلة بين التخدير العام والتخدير القطني فان الاول قد حدثت فيه عارضتان خطرتان والثاني لم تقع فيه ولا عارضة مع ان عدد المخدرين تخديراً قطنياً ينيف عمن خدروا تخديراً عاماً في شعبتنا .

فاسمحوا لنا أن نذكر لكم الشروط التي نتقيد بها في ممارسة هذا التخدير لاننا بحفظنا لها قد خلا احصاؤنا من العوارض وظل نقياً لا تشوبه طارئة مكدرة .

ولا بد لي من اقتراح ابديه قبل ايراد هذه الشروط وهو ان يسمى هذا التخدير قطنياً لافقرياً (rachianesthésie) كما يسميه معظم الجراحين في العالم لانني ارى ان توسيع نطاق هذا التخدير الى ابعد من الفقرة الثانية عشرة الظهرية يضر بسمعة هذه الطريقة وان يكن جونسكو وتلامذته ينفون هذا الامر ويعتقدون ان التخدير الفقاري العالي خال من الطوارىء كالتخدير القطني .

اما الشروط فهي هذه :

١ً — مقدار المخدر : لم نتجاوز اربعة سنتغرامات ستوفائين في تخديراتنا جميعها لاننا لم نجد حاجة الى اكثر من ذلك لا بل نحن نكتفي في معظم توسطاتنا الجراحية تحت السرة بثلاثة سنتغرامات فقط وقد صادفنا حين اجرائنا لهذا التخدير عاليا في الفاصل الاول القطني بثلاثة سنتغرامات وفي بعض الاوقات بسنتغرامين فقط تخديراً عاما مع اننا لم نقصد مثل هذا التخدير فكان المريض ينام نوما هادئا ولم يكن على المعاون الا مراقبة تنفسه واجباره على الكلام حينما كان يرى ابطاءً فيه .

ثانياً : نستعمل دائماً محلولا حديث الاستحضار لم تمر على تحضيره اكثر من ستة اشهر نسبته ٠,٠٢ سنتغرام في كل سم٣ من الماء وفي كل حبابة (امبول) منه سنتمتران مكعبان اي اربعة سنتغرامات ستوفائين .

ثالثاً : لا نستعمل التخدير الا في العمليات الواقعة تحت الحاجز او بالاحرى تحت السرة لاننا نعتقد كما قلنا ان توسيع نطاق التخدير القطني محفوف بالمخاطر

رابعاً : لا نخدر تخديراً قطنياً الاحداث دون السادسة عشرة ولا الشيوخ ما فوق الخامسة والسبعين مع ان الاستاذ روشه (Rocher) من بوردو لا يمتنع عن تخدير الاحداث فقد اجرى منها ما لا يقل عن ١٧٥ تخديراً في اولاد لا تتجاوز سنهم خمسة اعوام غير ان احصاءه لم يخل من الطوارىء ولهذا نراه قد انقطع ثلاث سنوات متواليات عن هذا التخدير ثم عاد اليه .

ونتحاشى التخدير في هبوط التوتر الشرياني كما في حالات النزف الغزير وفي التسممات الشديدة ، ولا نمتنع اذا استثنينا هذه الحالات عن استعمال هذا التخدير الا متى رفضه المرضى ويسرنا ان نعلن لكم ان مرضانا لم يكونوا بأقل ثقة منا به حتى انهم بعد ان شاهدوا حسنه في رفقائهم كانوا يسألوننا بالحاح اجراءه لهم .

ونحن نجري في شعبتنا بهذا التخدير كل ما لا يستطاع اجراؤه بالتخدير الموضعي وما لا يستدعي التخدير العام .

اما العوارض التي صادفناها فاننا نجملها ونختصرها فاننا لم نشاهد الا نادراً العاصفة التي يصف الغير وقوعها ما بين الدقيقة الخامسة عشرة والعشرين من التخدير ولم نصادف قيئاً ولا غثياناً الا في حالات نادرة ولم نر مطلقا صدمة ولا تفاعلات سحائية ولا شلل الطرفين السفليين ولا شلل اعصاب القحف واحصاؤنا خال ايضا من الوفيات

اما الصداع فنادر وكثيراً ما لا يشكوه المريض الا اذا نبه له وهو

يزول بالمسكنات العادية كالاسبرين واذا استعصى كما في حادثتين صادفناهما فانه يخضع لحقن الوريد بالماء المقطر .

واما الأسر (انحباس البول) فقد صادفناه في التخدير القطني كما في التخديرات العامة ولعله اكثر العوارض حدوثاً غير انه سريع الزوال وقد لاحظنا انه كان يظهر بالايحاء (suggestion) لاننا كنا نرى ان المرضى المخدرين تخديراً قطنيا كانوا يصابون بالاسر متى جاورت أسرتهم لسرير مريض آخر مع ان المرضى الآخرين الذين كانت تقع اسرتهم الى جانب مريض خدر تخديراً قطنيا دون ان يصاب بالاسر كانوا لا يصابون به .

طرز العمل : سهل للغاية . تملأ المحقنة اولاً بالمحلول المخدر وفيه اربعة سنتغرامات ستوفائين وتوضع على منضدة ثم تغرز الابرة في احد الفواصل القطنية والمريض جالس او مضطجع وينزع الشنطب (mandrin) منها فينصب المائع الدماغي الشوكي ريثما يكون الجراح قد تناول محقنته وادخل طرفها في فم الابرة ويدفع المحلول المخدر من دون عجلة او ابطاء او استنشاق المائع ومزجه بالمخدر لان الشرط الاساسي في التخدير كما يقول ريش هو ان نطهر الجلد ونحقن بالمخدر وما عدا ذلك فهو فضولي .

اما احصاؤنا الذي نذكره فهو يتناول ١٥١٥ تخديرا وهو خالٍ من الطوارىء الخطرة ولم تبدُ فيه الا الطوارىء الطفيفة التي ذكرناها آنفاً واننا ندعم به الاحصاآت الاخرى التي تبين فضل التخدير القطني وحسنه .

	وفيات	عدد
احصاء برون (Brun) من تونس	٣	٦١٤٧

	وفيات	عدد
احصاء لاكارّا	٠	٣١٤١
احصاء اليفيزاتوس (Alivisatus) من آثينه	٠	٣٣٤٩
احصاء سان بوتوانو وستون وتايودورسكو	٠	٣٨٠٠
احصاء لاكاز (Lacaze) (فال دوغراس)	٠	٣٠٤١
احصاء دروفيل (مونبليه)	٠	٢٠٠٠
احصاؤنا	٠	١٥١٥

وقد درس فورغ وباسه ١٣٠٠٠٠ مشاهدة فلم يجدا ان معدل الوفيات قد تجاوز واحدا في الالف فضلا عن ان هذه الوفيات كانت في اشخاص لم تراع استطبابات الطريقة فيهم نعني اشخاصا انخفض توترهم او سدت امعاؤهم او كانوا مدنفين او مصابين بالسرطان وسوى ذلك هذه هي ارقامنا التي نثبتها وهي ناطقة بفضل التخدير القطني ومبينة ان الخطر فيه يقل عن خطر التخدير العام بالايثير وينقص جدا عن خطر التخدير بالكلوروفورم وهذه طريقتنا سهلة لا تعقيد فيها فلنتمثل بقول الاستاذ برار: لا يجوز اجراء التخدير العام الا حيث يتعذر اجراء التخديرين القطني والموضعي .

اما حسنات التخدير فلست أرى حاجة الى الاسهاب فيها بل اكتفي بذكرها فأولاها انه لا يضر الكبد والكليتين وقد اثبتت هذه القضية تتبعات جامبرو وكريستول وبوند وسواهم فقد بين جامبرو ان حموضة الدم تزداد في الايام الثلاثة او الاربعة التي تلي التخدير من ٢٠٦ ، وهو الحد الطبيعي الى ٢١٨ . في المخدرين بالكلوروفورم وانها اقل من ذلك في المخدرين بالايثير ولا ترتفع مطلقا عما كانت عليه قبل العملية في التخدير

القطني وقد درس فيدال وأبرامي وهوتينال تبدلات الكبد بعد التخدير فبينوا ان تقصير الكبد بعد الكلوروفورم ثابت ولو قصرت مدة التخدير وان هذا التقصير يظهر بعد التخدير بالايثير وبروتوكسيد الآزوت متى طالت المدة . اما في التخدير القطني فلا تتأذى خلية الكبد وهذه الحسنة وحدها كافية للاقبال على هذا التخدير .

وثانيتها انه لا يسيء الى الرئة كما يسيء اليها التخدير العام ،

وثالثتها : ان الامعاء تسكن في اثناء التخدير ويخلو الحوض الامر الذي يسهل على الجراح عمله ،

ورابعتها : الاستغناء عن شخص مخدر .

وخامستها : بقاء الرشد في اثناء التخدير .

وسادستها : سهولة الاعتناآت التالية للعملية .

جميع هذه الحسنات تدعونا الى المثابرة على هذه الطريقة وتدعوكم ايها الزملاء الكرام الى استعمالها حسب الطريقة التي نتبعها لانكم متى استعملتموها وراعيتم فيها الشروط التي ذكرناها كنا متحققين انكم تختارونها ولا ترضون عنها بديلاً .

❀❀❀

الى جراحي الغد

للدكتور لوسركل استاذ السريريات الجراحية
ترجمها الدكتور عزة مريدن الطبيب الداخلي في مستشفيات دمشق

يسود العمل الجراحي امران اساسيان : التشخيص الباكر والتوسط الجراحي الملائم او اتقان ما يسمى الاستطباب الجراحي وهاتان القضيتان المعقدتان اعني بهما التشخيص والاستطباب لا تحلهما الا التجارب السريرية واذا استثنينا الحالات التي قد يكون التوسط السريع مضراً فيها قلنا ان التبكير في العمل الجراحي والتشخيص — اذا لم يكن تضاد استطباب — واسطة للنجاح سواء أكانت الحالة آفة رضية او اختلالات آلية او آفات التهابية او عضوية او جروحاً او كسوراً وخلوعاً او انسداداً معوياً او التهاب الذيل الدودي او سرطاناً والخ .

وما التوسط الجراحي الا نتيجة التشخيص والانذار فهو تتطلب اذن معلومات سريرية راهنة تستند بدورها الى ثقافة وافرة فمتى دعي الجراح الى معاينة مريض فانه يقوم في الغالب بمهمة الطبيب فعليه ان يكون واقفاً على مستحدثات الطب واذا لم تتوفر فيه هذه الشروط ولم يع هذه المعلومات الواسعة التي يرتكز عليها كل اختصاص كان مثله مثل من يتعاطى مهنة يدوية وكان متمماً لارادة زملائه الاطباء من دون ان يكون له رأي

خاص فيها فلا تعلو مكانته عن الحلاقين القدماء او الحجامين او المجبرين او غيرهم من الدجالين ولا تدرس السريريات في الكتب بل في المستشفيات وقرب أَسرة المرضى حيث يراقب سير المرض يوماً يوماً وتحقق نتائج العمليات الجراحية فعلى الجراح الماهر ان يكون اولاً عالماً متضلعاً من السريريات وقد يتضلع الجراح من هذا العلم من دون ان يتقن الجراحة ويمهر فيها وذلك متى لم يتحلَّ ببعض الصفات المميزة ولا سيما اللباقة التي تجعل الجراح الماهر يسيطر على عمليته وكأني ببعض من يقرأ اسطري يتحرك فيه الميل اليها مع ان اتقان الجراحة فطرة في الانسان فمتى كان الولد يحسن استعمال المنشار والمطرقة والمقراض من دون ان يجرح اصابعه ومتى كان طالب الطب يحسن السلخ والرسم وكانت في حركاته واصابعه بعض اللباقة قل ان فيه ما يؤهله لاتقان الجراحة . فالى جراحي الغد أُوجه كلماتي هذه :

المهارة اليدوية شرط اول يجب توفره في الجراح لان اليدين الثقيلتين البطيئتين الخرقاوين لا تؤهلان صاحبهما ليكون جراحا ماهراً واذا هُرع اليه فلان الضرورة احوجت اليه حيث لم يكن سواه ومهارة اليد دليل واضح على سرعة الخاطر وسعة الفكر لان العمل اليدوي تنفيذ للامر الصادر عن الدماغ فالجراح الماهر يقابل برباطة جأش ما يعرض له من المفاجئات في سياق عملياته الصعبة من دون تردد او حيرة غير ان رشاقة اليد والجس الجراحي هبة طبيعية كرشاقة النقاش في النقش والرسام في الرسم والتلوين ويشترط فيهما الدرس والتمرين اذا شاء الشخص ان ينبغ فيهما وذلك بدرس التشريح درساً عميقا لانه العلم الذي يمكن الجراح من الثقة بنفسه

في اجرآاته العملية وعلى الجراح ان يوسع هذه المعلومات بالتمرن الطويل على الطب الجراحي في الموتى او الحيوانات فيكتسب حينئذ الطرق الجراحية والرشاقة في استعمال المبضع والقياس والدقة في الحركات وتطابق الاوضاع هذه الصفات التي نحن مدينون بها للمعلم الاكبر فارابوف ومتى اكتسب الراغب في الجراحة كل هذه المبادىء دخل قاعة العمليات فثابر على الجراحة وزادها اتقاناً وكمالاً بعمله اليومي فاستطاع الاقدام على اخطر العمليات واجرائها كأنه يجري اسهلها بسرعة ورشاقة ودقة .

تتصف الجراحة الفرنسية :

بسرعة الاستئصال ودقة التصنيع وقلة تعريض الجرح للهواء والعمل بالآلات من دون استخدام الاصابع وتقليل الحركات واجراء المفيد منها فقط والتقليل من المعاونين جهد المستطاع والطهارة التامة وكل هذا يخفف الصدمة ويدعونا الى الاعتراف بجميل (تريه) المحقق لطريقة باستور وابي الجراحة الحاضرة ، والاقرار بفضل تلاميذه الذين حجّ اليهم جراحو العالم لاقتباس هذه الطريقة منهم ولا بد لهذا الاتقان العملي من ان تدعمه مزايا ادبية راسخة كالعقل الرشيد والجرؤة الحكيمة المفكرة وربط الجأش والتغلب على الذات وقوة الحكم كل هذه الصفات التي توحي الى الجراح عمله في الحالات الحرجة وترشده الى الطريق الذي يترتب عليه سلوكه متى فوجىء بما لا ينتظره وهذه الصفات الادبية لا تجتمع عادة الا في جسد قوي نشيط فالقوة الجسدية والتجلد على التعب صفتان ضروريتان تستدعيهما حالة الجراح

ومتى توفرت هذه الشروط فاما ان يكون الجراح تجاه آفات

معتادة او عاهات او عيوب مبتذلة فيكون الاستطباب الجراحي فيها صريحا والعملية خالية من الخطر الا متى عاكست الاقدار ، والنتيجة مؤكداً حسنها فيشار على المريض بها وعليه حينئذ ان يقرر ما يشاء .

او ان تكون الآفة ذات شأن تهدد حياة المريض ان عاجلًا او آجلًا اذا لم تتدارك بالتوسط اللازم فعلينا حينئذ ان نقوم بهذه المهمة ونقنع المريض باجراء العملية ولا سيما متى كانت العملية ضرورية بدون اقل ابطاء لان في التأخر الهلاك .

ومتى كان التشخيص جلياً والاستطباب الجراحي واجبا وجميع الاحتياطات اللازمة قد اخذت ومتى قيست الاخطار التي يستهدف اليها المريض بداعي مرضه وبسبب الصدمة الجراحية بما يعلّق على اجراء العملية من النجاح كان على الجراح ان يضع نصب عينيه مصلحة المريض وان يشير بالعملية الجراحية غير ملتفت الى ما سيوجه اليه من النقد اذا خابت عمليته او ناظر الى ما ستجره على سمعته الجراحية تلك الخيبة لان حياة المريض هي الهدف الذي يرمي اليه الجراح في عمله فاذا لم يكن له من الامل بتخليصها الا واحد في الالف كان عليه ان يقدم عليها غير هياب

يقول المثل الفرنسي القديم «اصنع الواجب غير ملتفت الى ما سيكون» وكل عملية يبدو لك من اجرائها بارق امل للمريض أجرها ولو ان في اجرائها ضياع سمعتك. لانك بهذا تغالب الموت وتنجي منه تلك الحياة فاذا بسم لك الدهر ونجحت كان فوزك عظيما وسرورك كبيراً واذا لم تنجح كانت الخيبة شديدة الوطأة عليك غير انك تكون قد قمت بالواجب عليك

اننا نعلم ونقر والاسف ملء قلوبنا ان هذه القاعدة لا يتبعها الجميع وان الكثيرين يكتسبون شهرة بعيدة بامتناعهم عن اجراء العمليات الصعبة واكتفائهم بالسهل منها تاركين المرضى الذين هم في اشد الحاجة اليها يموتون ومنتحلين لانفسهم اعذاراً بانآفاتهم لا حيلة للجراحة فيها. انهؤلاء يفوزون دائماً والاسر تقدر ارائهم حق قدرها لانهم يمانعون في اجراء العمليات ولو كانت الواسطة الوحيدة لنجاة المريض .

لا يليق هذا التصرف بالجراح الماهر لانه دليل على الجهل او العجز او الانانية التي تدفع بالجراح الى تفضيل مصلحته على حياة المريض وليس هذا ما يقضي به العلم والجراحة الحاضرة والرأفة بالبشرية بل ان في هذا العمل ما يحطُّ بالجراحة الى اسفل الدركات وينزع منها عظمتها واباءها .

فاذا جاز للجراح ان يجتنب العمليات التي لا فائدة منها كان عليه ان يقدم على ما فيه بعض الامل بالنجاح . لسنا ننكر ان في هذا الامر بعض القلق وان المريض واقرباءه يضطربون وترتعد فرائصهم كلما دنا وقت العملية ولكن لا نظنن ان الجراح الذي يأتي والابتسام على شفتيه والهدوء على جبينه لا تعصف في نفسه رياح القلق والاضطراب . فهو لا يظهر ما يخالج نفسه من الهواجس ولا ما يستحوذ عليه من الارق ولا ما ينتابه من الوهن ولا ما يتمثل امام عينيه وهو يغسل يديه من الاخطار التي تنتظر مريضه ومن الصعوبات التي ستقف في وجهه بل يمضي بقلب جريء ويد ثابتة وينتضي مشرطه ليرجع الموت على اعقابه خاسئاً وهو يستمد ثباته وسكونه من اضطراباته التي تغلب عليها فيبدد القلق المستحوذ على سواه بهدوءه

ورباطة جأشه . وليست اضطراباته وتأثراته قبل العملية وفيها وبعدها اذا جدّ في اخفائها بأقل مما يجول في قلوب سواه ولا بأقل حقيقة منها

وعلى الجراح الذي يرغب في ان يكون لائقاً للمنزلة الرفيعة التي بلغتها الجراحة ان يبقى فتياً في جسده فتياً في عقله وان يعد نفسه حتى اليوم الاخير من حياته الجراحية طالب طب متعطشا للعمل والاستفادة .

عليه ان يطلع على مستحدثات الفن ومسائله الغامضة وطرقه الجديدة لكي يكيف علمه وطرقه لانه اما ان يماشي العلم فيفوز اوان ينحرف عنه فيهبط

والمسؤليات الملقاة على عاتقه كبيرة لان في كل حركة من حركاته بل في كل سكناته من سكناته تعبا وفرحا وسعادة للاسرة التي يعالج مريضها او موتا وحزنا وتعاسة لها فلا يكفيه ان يكون عالما بفنه واقفا على السريريات حق الوقوف بارعاً في العمل الجراحي متمرناً خبيراً بل عليه ان يضم الى علمه العملي ثقافة ادبية عالية وضميراً حياً وقلباً رؤوفاً محترما الحياة البشرية وقادراً اياها حق قدرها .

وعليه ان يتمشى على مبادىء القدماء الحكيمة « لا تعملْ بسواك ما لا تريد ان يعمل الناس بك » هذه هي الاقوال المأثورة عن امبرواز باره مؤسس الجراحة الفرنسية وان شعار جمعية الجراحة الفرنسية « صدق في العلم وضمير في الفن »

وان يسير على مثال معلميه الذين انتخبهم ليسددوا خطواته في حياته الجراحية



خلاصة عن بعض اعمال المؤتمر الطبي الفرنسي

عام ١٩٣٠

مترجمة بقلم الاستاذ شوكة موفق الشطي

المداواة بالانسولين في غير الداء السكري

التقرير الاول

م . ج . ب هوث : جعلت الاستقصاآت الحديثة المداواة بالانسولين مستندة الى قواعد علمية راهنة . يخفض السكر في الدم باستعمال الانسولين لانه يؤثر في الكبد والعضلات المخططة فيزيد الانسولين الغليكوجن في الكبد وينهي حادثة انحلاله فيناهض عمل الكبد في تنظيم سكر الدم . وكذلك العضلات فانها مولعة بالدبسوز (الغليكوز) فتثبته . فينجم من هذا ان سكر الدم ينقص نقصاً تدريجياً ويضمحل والدبسوز العضلي لا يعيض عن سكر الدم كما هو الحال في دبسوز الكبد بل ينقلب الى حامض اللبن فيحدث قدرة آلية .

ولسكر الدم موازنة خاصة فاذا زادت كميته فيه احدثت هذه الزيادة انفرازاً عن طريق الاعصاب التائهة (nerfs vagues) واذا نقص السكر في الدم وقع تفاعل ودي يؤدي الى زيادة افراز الكظرين (الادرنالين) فيحرك

الدبسوز من الكبد ويبدو في الوقت نفسه اسراع في القلب واتساع في الحدقة ونفس شديد وعصبية تدل على نقص سكر الدم .

يستدل من ذلك ان في تطور مائيات الفحم توازناً ثابتاً بين الجملة التأهبية الانسولينية (système vago-insulaire) والجملة الودية الكظرية ويجب تحاشي هذا التفاعل الودي في المداواة بالانسولين لانه ينقص كمية الغليكوجن الكبدي فيجب والحالة هذه اعطاء كمية كافية من السكر حين استعمال الانسولين . ويعمل النخامين (hypophysine) ايضاً في تنظيم السكر فينقص انخفاض سكر الدم الانسوليني ويرجع ازدياد سكر الدم الكظريني. وتلعب الغدة الدرقية ايضا دوراً كبيراً . فهي تزيد التحمض فيزداد احتراق الغليكوز في البيئة

ويستعمل الانسولين مشتركاً مع الغليكوز في سلسلة حالات مرضية وذلك لخواصه الآتية الذكر

١ — تزييده للغليكوجن الكبدي

٢ — تحسينه لتطور مائيات الفحم في بعض الاعضاء كالقلب والمبيضين وتزييد دبسوز الكبد يقاوم خلون الدم (acétonémie) الكبدي اوغيره ويقي خلية الكبد من خميراتها الذاتية الحالة (ferments autolytiques)

وهذه المداواة مفيدة في الحبالى المصابات بتسمم الدم بالخلون الذي يحدث التناذر الخطر وهو التفرث (قيء الحمل المستعصي) الناجم من اضطراب توازن الاخلاط . والعامل الاساسي في هذا التسمم في الحبالى هو ان افراز فص الغدة النخامية الامامي يزداد وقد ابان هوسي وبيازوتي ان للفص المذكور

تأثيراً في الداء السكري . وتزييد دبسوز الكبد باعطاء الدبسوز مع الانسولين هو خير واسطة خلقية لمكافحة تسممات الدم الخلونية المتنوعة : الاضطرابات بعد التخدير وبعد العمليات، وتسممات الدم الخلونية في الاطفال. ويجب في هذه الحالة تحاشي الحالة القلوية (alcalose) لانها تخفف تثبيت مائيات الفحم وتمنع كل ما من شأنه ازدياد الافراز الكظريني ولا سيما حالات قلة سكر الدم .

وتستعمل المداواة بالدبسوز والانسولين لتزييد دبسوز الكبد في جميع الآفات الكبدية الا متى رافقتها البيلة الخلونية المتصفة بنقص الدبسوز في خلية الكبد وفي اذية الكبد التي قد تفضي الى قصورها كالضمور الحاد او الخفيف الحدة او اليرقان بانسداد الطرق الصفراوية واليرقان الزكامي .

التقرير الثاني (اميل اوبرتن)

بعض استطبابات الانسولين في غير الداء السكري المستنتجة من عمل هذا الرسول الكيماوي

يبحث هذا التقرير بالخاصة عن سوء الاغتذاء المزمن في الاطفال وعن الطريقة الواجب اتباعها في هزال الكهول وعن مداواة الجروح والقروح الوهنية في البطانات الظاهرة والباطنة وقروح الجهاز الهضمي . ويستنتج من عمل الانسولين الصالح في هذه الحالات دوره المهم في زيادة الاغتذاء

اما فائدة الانسولين في السغل (athrepsie) فلم تثبت بعد وقد افاد في السغل الخفيف (hypothrepsie) غير ان طريقة المعالجة في هاتين الحالتين لا تخلو من خطر نقصان الدبسوز في الدم وقد ظهرت فائدة هذا العلاج

جلية في اقياء الاطفال المقرونة ببيلة الخلون وفي القمه العنيد وفي النحول المستمر . وفائدته لا تنحصر في نحول الاطفال بل في هزال الكهول مع نهك القوى وهبوط الاحشاء والقمه المستمر وفي سوء الاغتذاء اثر الارهاق وفي النقه الطويل المدة وقبل التوسطات الجراحية الخطرة وبعدها (واستطباباته هنا اساسية) ويفيد في حالات اخرى فائدة غير ثابتة كما في بعض الامراض الروحية والقمه الناجم من الامراض العقلية وداء بازدو وفي اكثر امراض الانبوب الهضمي المؤلمة وفي النحول الشيخي والانتانات البطيئة السير خلا السل واستطباباته في هذه الحالات نسبية . واما في الدنف الناجم من السرطان او من الانتانات العقام ففائدته مشكوك فيها مع ان كثيراً من المؤلفين قد امتدحوه فيها

اما استعمال الانسولين في مداواة السل فقد فسح مجالاً لآراء متناقضة للنفث الدموي الذي قد يحدثه في الوثبات الحادة لذلك يجب ان يعد الشكل الحمي مضاداً لاستطباب الانسولين

واما في الاشكال الساكنة والمثبتة بتأثير الاستيهاط (١) (collapso-thérapie) فيفيد الانسولين بتنشيط فعل الاغتذاء ويجب في هذه الحالة ايضا استعماله بكل حذر

وينشط الانسولين ندب الجروح فيسرع شفاء القروح المزمنة. واستعمل الانسولين في قروح الانبوب الهضمي

(١) هذه اللفظة من وضع الاستاذ مرشد خاطر

التقرير الثالث

الانسولين في مداواة الآفات القلبية الوعائية

م . غ . بيكل (جنوه) :استمدت فكرة مداواة الامراض القلبية بالانسولين من امرين اساسيين : احدهما قياسي وهو تحسن الالتهابات الشريانية وبعض الغنغرينا السكرية تحسنا سريعا بالانسولين وثانيهما اختباري مستنتج من تأثير الانسولين في اغتذاء عضلة القلب وتنشيط عملها

تأثير الانسولين في القلب : اذا حقن الحيوان الحي بالانسولين يبدو فيه اسراع قلبي يعدل بالغليكوز بسهولة فائقة فلمَ اذن يخشون ضرر الانسولين بالقلب ؟ ينسب ستروس ولاكر وغيرهم حادثة الاسترخاء العنيد التي قد تبدو اثر اعطاء جرعات كبيرة في معالجة السبات السكري الى الانسولين في حين ان المريض لم يكن في دمه حينئذٍ حموضة ولا نقص في سكره ويعتقد بيكل ان هذه الحادثة ليس لها ادنى علاقة بالمداواة الانسولينية لانها معروفة قبل دخول الانسولين في فن المداواة . والمحذور الوحيد الذي قد يصادف ويكون ناجماً من الانسولين هو الانحباس المائي الذي يضاف الى الوذمات القلبية .

ويستنتج من الابحاث المخبرية والسريرية ان الاضطرابات الدورانية لا تقع بتأثير الانسولين ما لم تعطَ منه جرعات كبيرة وتزول هذه الحادثات باعطاء المريض غليكوزاً وهذا ما يدل على ان هذه الاضطرابات ناجمة من نقص غليكوز الدم لا من التسمم بالانسولين لذلك لا يجوز حرمان المقلوبين فوائد الانسولين لان الكميات القليلة من الانسولين تحسن الامراض القلبية

وتجعل العضلة القلبية تستفيد من سكر الدم

ولا يخفى ان مائيات الفحم تلعب دوراً مهماً في اغتذاء القلب. وان سكر الدم يضطرب في الامراض القلبية التي لا تعاوض فيها فبينما يبدو نقص في سكر الدم على الريق تزداد كميته ازدياداً غير منتظم على اثر تجرع الغليكوز وتكون عضلة القلب في القلابات محتاجة الى جهاز ناظم للسكر حاجة قصوى .

يجعل الانسولين استعمال الغليكوز سهلاً وقد اظهر بيك بصورة جلية الفائدة التي يجنيها القلب من اعطاء المرضى انسوليناً وغليكوزاً معاً فالمداواة بالانسولين وحدها لا تفيد المقلوبين ولا بد من اضافة الغليكوز اليها .وقد استعمل المؤلف هذه الطريقة في استرخاآت خطرة لم تفد ادوية القلب المعتادة فيها اي فائدة فبدت نتائج حسنة

وكان يستعمل من ١٠ — ٣٠ وحدة (unités) في اليوم مع ١٠٠ — ٢٠٠ غرام غليكوز معطاة بطريق الفم او ١٥٠ — ٣٠٠ سم مكعب من محلوله المجهز بنسبة ٣٠٪ عن طريق الوريد وقد زالت بذلك عوارض استرخاآت ناجمة من افات مصراعية ومن التهاب عضلة القلب ومن تصلب الشرايين الاكليلية . ولا يمنع استعمال الانسولين الالتجاء الى مقويات القلب الاخرى بل يساعدها على عملها .

الانسولين في الآفات العرقية : استعمالات الانسولين في هذا الصدد كثيرة وجلها يستنتج من المشاهدات السريرية

ازدياد التوتر الشرياني : قد عرف منذ عهد قديم تأثير الخلاصات المعثكلية

(pancréatiques) في تنقيص التوتر الشرياني. ويعتقد المقرر ان الانسولين قد يفيد على ان يعطى منه مدة طويلة في بعض حالات ازدياد التوتر الشرياني لا لانه خافض للتوتر قصدا بل لتأثيره الحسن في التطور (métabolisme) ويستطب ايضا في ازدياد التوتر الشرياني المصطحب بازدياد غليكوز الدم وبانحباس الازوت فيه لتأذي الكلية . ويفيد الانسولين الاقمصة الشريانية باعطائها الخلاصة المعثكلية اللازمة لغذائها الطبيعي فيعوق شيخوخة الاوعية وينقص الانسولين بهذه الطريقة التوتر الناجم من شيخوخة العروق المبكرة فائدة قد تكون مستمرة

تصلب الشرايين : ان ما ذكرناه دعا المقرر الى استعمال الانسولين في تصلب الشرايين الخطر ولا سيما في الاشكال المدنفة والمصطحبة منها بيطوء الدوران والمهددة بانسداد الشرايين ويبرر استعمال الانسولين في تصلب الشرايين ملاحظة ازدياد الغليكوز في دم الشيوخ على الريق وتبكير تصلب الشرايين في السكريين ولا سيما متى زاد مقدار الغليكوز الدموي عن ١,٢٠ غرام على الريق. وقد استعملت في هذه الحالة وحدات يختلف عددها من ٢٠ — ٣٠ في اليوم الواحد . ولم يفد الانسولين في تسكين الاعراض وازالتها فحسب بل في وقاية الشريان من الانسداد بعد ان كان انسداده على قاب قوسين او ادنى

التهابات الشرايين السادة : افاد الانسولين في التهابات الشرايين المعصودة (athéromateux) وفي التهابات العروق المخثرة السادة

غنغرينا الاطراف الشيخية : تنجم من فاقة دم الطرف المسببة من اضطراب

وظيفي (تشنج شرياني ناجم من سموم او من منبهات للاعصاب المحركة للاوعية لا تزال مجهولة) ولا يكفي الانسولين في هذه الحالة خاصة لتوسيع العروق بل لا بد من الالتجاء الى الجراحة والاستيل كولين (acétylcholine) وقد تجم من آفات اعضاد (parois) العروق وتكاثر النسيج الضام فيها في سياق الداء السكري او في غيره من الامراض فيفيد حينئذ الانسولين فائدة جلية .

خناق الصدر : اطنب بعض المؤلفين في فائدة الانسولين في مداواة خناق الصدر غير ان المقرر لا يرى رأيهم ولكنه يعتقد بان الانسولين يفيد في خناقات الصدر المصطحبة باضطراب تطور مائيات الفحم . ويجب متى لم يكن في الدم مقدار كاف من السكر ان يعطاه المريض والا تتناوب نوب الخناق لان غذاء العضلة القلبية في هذا المرض مضطرب ولا تحتمل العضلة صدمة نقص الدم .

الخثور الدماغي التدريجي في الشيوخ : يفيد الانسولين في هذه الحالات وقد يكون اداة ناجعة في التخلص من الحادثات الناجمة من انسداد الشريان ويكفي لهذه الغاية ان يحقن المريض بـ ٢٠ — ٣٠ وحدة في اليوم . وهذا لا يمنع استعمال العلاجات الاخرى كاليودور والاستيل كولين وليموناة الصوده

التقرير الرابع

لوفافر (Le Favre) : بحث المؤلف في هذا التقرير عن خواص الانسولين في مكافحة حموضة الدم الواقعة بعد العمليات او في سياق اقياء الاطفال .

الدورية او في التفرث(قيء الحبالى) وعن فوائده في امراض الـكبد وعن بعض استطبابات اخرى .

الانسولين في حالات حموضة الدم :

أ — عوارض ما بعد العمليات : تقترن بعض العوارض التي تصادف عقب العمليات بتناذر (syndrôme) حموضة الدم ويستدل على ذلك بعلامات بولية ودموية: بيلة خاونية (acétonurie) ، انخفاض الذخيرة الـكلوية وتصطحب حالات اخرى ببيلة الحامض الاميني (amino-acidurie) : اما سبب هذه الحوادث فقيل انها من اجراء العمليات على الريق ومن عوامل روحية ومن الانتان والمرض الاساسي ولا سيما متى كان مقره انبوبة الهضم ومن التخدير ويعطى في هذه الحالة من ٢٠ الى ٦٠ وحدة انسولين ويجرع المريض معها ما يعادل ثلاثة غرامات غليكوز لـكل وحدة انسولين . واستعمل الانسولين مع السكر ايضاً كواقٍ من هذه المحاذير قبل التخدير والعملية

ب — الاقياء الدورية في الاطفال: يفيد الانسولين ولا سيما في الاقياء المصطحبة ببيلة الخلون على ان القول الفصل في هذا الصدد لا يستطاع النطق به .

ج — التفرث : جربت فيه المداواة بالانسولين مع الغليكوز فافادت . ويجب ان يكون المقدار من ١٥ — ٣٠ وحدة في اليوم

الانسولين في الكبادات : جربت المداواة بالانسولين والغليكوز في افات الـكبد والطرق الصفراوية المختلفة فافادت في كثير منها ولا سيما في انواع قصور الـكبد الوظيفي الناجمة من اضطراب تطور مائيات الفحم

والشحوم والمصطحبة بحموضة الدم او من سوء تطور المواد الآحينية المصطحبة بفساد التغذية وكانت النتائج حسنة ايضاً في التهابات الكبد الخطرة المسببة من انتان حاد او تسمم . وقد افاد الانسولين ايضاً في عرضين كثيراً ما يصحبان الامراض الكبدية والصفراوية اعني بهما اليرقان والا كلة وافاد ايضاً في انعاش الحالة العامة موقتاً متى كانت الكبد مصابة بتشمع او بورم

اما المقادير التي جربت في هذا الصدد ولا سيما في اليرقان النزلي فتختلف من ٥ — ١٥ وحدة في اليوم وفي القصور والانتانات والتسممات من ١٠ — ١٠٠ وحدة في اليوم وكان يعطى مع الانسولين كمية كافية من الغليكوز وذلك ضروري

استطبابات الانسولين الاخرى :

في قصور الغدد الداخلية الافراغ : في الغدة الدرقية : اعطى نتائج حسنة في الحالات المصطحبة بسوء الافراز الدرقي وعسره . واستعملت في هذا الصدد مقادير جزئية

الغدة النخامية : جرب الانسولين بمقادير جزئية ومن دون مشاركته بالغليكوز فافاد في بعض الادواء السكرية (diabéte insipide) اذ نقصت البوالة (polyurie) وازدادت قدرة الجسد على احتمال مائيات الفحم . غير ان هذا التأثير ليس ثابتاً وقد افاد الانسولين في الداء السكري الفتخي (diabète acromégalique)

في الكظرين: لا يجوز استعماله في قصور الكظرين (capsules surrénales) مطلقاً .

المبيض: : قد يوقف النزف الناجم من المبيض وقد ينظم الدورة الطمثية

في ادواء الجلد : يفيد في بعضها ولا سيما في داء الدمل .

في الحالات الانتانية : لا يستعمل في الانتانات الحادة الا في دور النقه لارجاع صحة المريض المتداعية وقد استفيد من خاصته في تنشيط التطور فاستعمل في الانتانات المزمنة كالسل

الامراض العصبية والعقلية : جرب في تناذر باركنسون وفي داء طومسون والهذيان الارتعاشي وغيرها من الامراض العصبية المصطحبة بنحول فكانت النتائج مشجعة

فاقة الدم الخبيثة : الآراء متضاربة فيه ويقول والنسكي ان الانسولين يفيد متى اشترك بنقل الدم وقد يستعاض بذلك عن طريقة ويل

السرطان : ليس له تأثير خاص في الاورام ولكنه يفيد الحالة العامة المتداعية

❀ ❀ ❀

فحص المرضى

للدكتور لوسركل استاذ السريريات الجراحية (١)

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

كيف يشخص المرض ؟ سؤال لا بد من الاجابة عنه لان التشخيص هو الاس الذي تبنى عليه المعالجة وانكم لا تخطئون في التشخيص اذا رأيتم مريضاً مصاباً بآفة كنتم قد نظرتم ما يماثلها في مرضى آخرين لان التشخيص يسهل عليكم كلما اعتادت اعينكم رؤية المرضى وهذا ما يدعوني الى الالحاح عليكم بملازمة المستشفى ليتسنى لكم فحص العدد الوافر من المرضى . غير ان الآفات التي تبدو لكم سهلة التشخيص تشخص في الغالب تشخيصاً ناقصاً مثال ذلك اذا كنا في العيادة الخارجية ودعوت احدكم الى معاينة مريض يبتدرني حالاً قائلاً انه مصاب بفتق وهذا لا يكفي لان الفتوق اما أن تكون اربية (inguinales) او فخذية او سرية فاذا كانت اربية وقعت في اليمين او اليسار او كانت في الطرفين وكانت رأس فتق او فتقاً حبلياً او صفنياً وكان لها كيس كثيف او متضيق في الوسط او له عدة تضيقات كالمسبحة وكان فيه الثرب او الامعاء الغليظة او الدقيقة او الزائدة احياناً والخ .

---

(١) محاضرة القيت على طلبة الطب

وفوهة القناة الاربية الخارج منها الفتق اما ان تكون شديدة التوسع اوقليلته وجدارها الامامي اما ان يكون جيداً اورخواً ضعيفاً وجدارها الخلفي كذلك فكل هذه الامور لا بد من معرفتها جيداً لاختيار الطريقة الجراحية والقول بان هذا الفتق معرض للنكس اولا .

فلننظر اذن في الطريقة التي توصلنا الى تشخيص كامل. اننا لا نستطيع ذلك اذا لم نعاين المريض معاينة كاملة ولا تكون المعاينة كاملة الا متى اتبعت فيها طريقة خاصة مرسومة حسب خطة واحدة لا تتغير . وهذه الطريقة التي ورثناها من معلمينا هي ما يترتب عليكم معرفتها واتباعها في معاينتكم لمرضاكم لانها الفضلى فمعاينة المريض تتألف: من الاستجواب والفحص السريري . يبدأ الاستجواب بالسؤال عن هوية المريض وعمره وصنعته لان هذا امر واجب ذكره في صدر كل مشاهدة . وليس الامر فضولياً كما يظن البعض لان بعض المهن تعرض اصحابها لامراض خاصة ولان لكل سن مرضه فالسرطان لا يبدو غالباً الا بعد الاربعين والورم الابيض في الركبة لا يعالج معالجة واحدة في الولد والكهل والخ . .

ثم تلقى على المريض او من يحيط به اذا كان لا يستطيع الكلام اسئلة من شأنها ان تجلو لكم كيفية وقوع الآفة فتتوصلون بها الى معرفة تاريخ المرض

فاذا كانت الآفة رضاً وجب الاستخبار عن الظروف التي وقعت فيها الحادثة وعن وضعة الجريح حين سقوطه وعما اذا كان قد تمكن من النهوض بعد ذلك السقوط والمشي ولو بضع خطى وغير ذلك

واذا كان الداء ورماً او آفة عضوية وجب تحري الطرز الذي بدأ به الورم وتاريخ ظهوره واعراضه الاولى وطبيعة الالم فيه ومقره وتشععاته ومدته وكونه متقطعاً او ملازماً . فالورم الغدي ليس في الغالب مؤلماً والتهاب الخشاء (mastoidite) قد يكون الألم عرضه الاول والوحيد والعصاب الوربي(névralgie intercostale) قد يرشد الطبيب الى داء بوت. ثم يبحث بدقة عن سير المرض فان التهاب المفصل السلي لا يسير سير الالتهاب السيلاني والورم السليم لا يسرع في سيره كالورم الخبيث .

ويجب ان تطلعوا، اذا كان الامر ممكناً، على المعالجات التي أجريت لان معرفتكم لها قد تكون مفيدة ولا سيما عما أجري من المعالجات الموضعية وما كانت نتائجها فاذا كانت سيئة تذكرتموها لكي لا تستعملوها كما استعملها سواكم .

وبعد اطلاعكم على تاريخ المرض مفصلاً . تدرسون سوابق المريض كما تستدعيه الآفة التي عرفتم تاريخها . فالسوابق المرضية تبين لكم علاقة رض قديم او آفة قد عولجت او آفة حديثة او قديمة (سل ، زهري، سيلان، داء متحولات «amibiase» برداء، خناق «angine» حمى تيفية وسوى ذلك) بالآفة الحاضرة وترون اي العراقيل يستطاع وقوعها .

وعليكم ان تعرفوا ما اذا كانت كلية المريض حسنة ام لا وما اذا كان مصاباً بالداء السكري لان هذا كبير الاهمية من وجهة التوسط الجراحي والعراقيل المقبلة فاسألوا المريض عن ذلك موقتاً وتحروا الامر بعدئذ .

وتدرسون ايضاً سوابق المريض الخلقية (الفيسولوجية) وقد ذكرنا سابقاً

انه لا بد من معرفة عمر الشخص وصنعته وطرز معيشته فان المتمرنين على الالعاب الرياضية والقرويين لا يتفاعلون ازاء المرض كما يتفاعل مأمورو الدواوين وعملة المدن . والتسمم بالاشربة الروحية امر لا يجوز اهماله لانه ينقص متانة الشخص ومقاومته للامراض فقد رأيتم الجمرات الخبيثة في العملة الذين يعالجون الجلود والنساء اللواتي يحلجن الصوف

ثم يتناول الاستجواب السوابق الارثية المباشرة الاب والام فيسأل فيهما عن السل والزهري والسرطان والعاهات الولادية وحالتهما الصحية وسبب موتهما اذا كانا قد فارقا هذه الحياة. ثم يسأل عن صحة الاخوة والاخوات ويكون القسم الاول من المشاهدة قد تم

فتعودون بعدئذ الى تحري الاعراض المباشر في الناحية المريضة . فتكشفون عنها وتجعلونها في الوضع الاقل ايلاماً للجريح بدون ان تعرضوه لأقل برد

وتبدأون هذه المعاينة بالنظر فتتحرون تبدل لون الجلد والكدمات والاوردة المتوسعة عليه كما في الورم العفلي (السركوم) والاحمرار كما في الالتهاب والفقاعات كما في الكسور والسحائب الشبهية كما في الغنغرينا الغازية وغير ذلك مما يصعب ذكره في مثل هذا البحث المختصر .

وتنظرون الى مقر الافة الدقيق ومجاوراتها للنواحي القريبة وتذكرون متى كانت الافة جرحاً منظره واتساعه وطبيعة مفرزاته وتورم حافاته وغير ذلك .

واذا كان تبدل في الناحية تصفون ذلك التبدل : التسطح والبروز

وغيرها وعليكم ان تقابلوا دائماً الناحية المريضة بالناحية السليمة في الجهة المقابلة فانحراف اجزاء الطرف توجه انظاركم الى خلع او كسر . وتلاحظون الاوضاع المعيبة وتعاينون المريض اذا كان الامر ممكناً وهو نائم وواقف وماشٍ وجالس والخ . فاذا كان ورم صفوا سطحه أأملس هو ومنتظم او محدب وليكن وصفكم ضافياً ودقيقاً حتى يتمكن من يقرأكم ان يتمثل الافة كأنه يراها. فاذكروا شكل الورم المحدب والمفصص والاجاصي وشبهوا الورم بحجم الفاصوليا او الجوزة او البيضة او البرتقالة الصغيرة او الكبيرة او رأس الجنين او رأس الكهل. فالسرطان الغدي (الكرسينوم) لا يجسم مطلقاً كالورم العفلي. ومتى استقيتم كل هذا من النظر تستطيعون حينئذٍ ان تبدأوا بالجس تجسون اولاً جساً عاماً فتتحرون صفات الافة الطبيعية (physiques) :ابعادها، وذلك بقياسها بالمتر او الفرجار وحدودها الدقيقة وقوامها فاذا كانت صلبة كالعظم تكون عرناً (exostose) او ورماً عظمياً (ostéome) واذا كانت متماسكة تكون ورماً ليفياً او كانت رخوة تكون ورماً شحمياً واذا كانت متموجة تقرعونها وترون ما اذا كانت رنانة (sonore) وما اذا كان يشعر بالموجة وما اذا كانت شفافة (ادرة مائية) وما اذا كان الورم يرد او لا يرد وهل هو متحرك او ملتصق وهل يشعر متى جس بفرقعة سطحية او عميقة عظمية او غضروفية دموية او غازية .

وتتغلب الصفات الخبيثة في بعض الحالات : الالام الفورية او المحدثة بحركات المريض او الجراح ، حرارة الافات الالتهابية الاخذة بالسير ، برودة طرف مصاب بالغنغرينا ، ارتفاع اليد الجاسة متى وقع الورم على

وعاء فنقل هذا الورم نبضان ذلك الوعاء وتوسع اليد الجاسة متى كان الورم نفسه دموياً ومرت الموجة الدموية فيه وكذلك الشعور بالرعشة وسماع النفخة يدل دلالة واضحة على ان الورم ام الدم .

ورائحة مفرزات الناسور تدل على منشإها فمتى كانت كالغائط كانت ذات علاقة بالامعاء او كانت كالبول كانت ذات علاقة بجهاز البول .

وبعد الانتهاء من الجس يلجأ الى المفصل : فيجب ان تقوم اصابعكم مقام المنقاش والمبضع وتجس الطبقات واحدة واحدة في الناحية او في الاعضاء حتى تتوصل الى معرفة الآفة . وتعين صفات النسج حتى الآفة نفسها . فيلاحظ اولاً ما اذا كان الجلد نفسه مصاباً ؟ وما هو نوع اصابته ؟ وما هي حالة اللحمة (النسيج الخلوي تحت الجلد) وما اذا كان مرتشحاً ام لا وهل الورم تحت الصفاق او فوقه وهل هو ملتصق به وهل منشأه عضلي واذا كانت الآفة مفصلية فهل المحفظة والربط مصابة (مشدودة أو مقتلعة)وفي اي حذاء وهل المحفظة متكثفة ؟ وهل انصباب في المفصل وما هي طبيعته وهل السطوح المفصلية متلفة وما هي درجة تلفها .

واذا كان احد اجزاء الطرف مرضوضاً فهل هناك كسر ؟ واذا كان الكسر خطيا وكان الجس بالابهام او السبابة لا يفي لتعيين ذلك الخط كان عليكم ان تأخذوا قلماً من الرصاص تتمكنون بـه من تعيين الخط كما في الرسم الشعاعي .

وبعد ان تتم معاينة القسم المريض ويعرف مقر الآفة تعاين النواحي المجاورة : الخصية والحبل المنوي في جانب الفتق الاربي ومفصل الركبة متى

كانت الآفة في الحفرة المأبضية والفخذ المصابة بالتهاب العظم والنقي جميعها متى كان الناسور في اسفلها فقط وتدرس تأثيرات الآفة في الناحية : الضمور العضلي التالي للافات المفصلية القديمة والحركات ، وتطبل البطن وانحباس الغازات في الفتق المختنق وتشوشات الهضم والتغوط في آفات انبوب الهضم وغير ذلك .

وعليكم ان تفتشوا عن تأثيرات الآفة في البعد ايضاً : عن العقد القريبة والبعيدة في السل والسرطان وعن تبدلات العمود الفقاري في العاهات الولادية وعدم تساوي الطرفين السفليين وامتداد السرطان الى الكبد والى الثدي المقابل والخ . ولكي لا يفوت الفاحص شيء عليه ان يعري مريضه جميعه لان نظرة عامة اليه قد تكشف فيه اشياء لم يكن قد انتبه لها .فلعله يجد على الجلد ندباً يؤيد شكلها وتلونها الشكوك التي حامت حول طبيعة الآفة الزهرية او السلية او غير ذلك .

ثم ينهي الفحص بمعاينة الاجهزة الاخرى معاينة سريعة. جهاز التنفس، والدوران وانبوب الهضم والطحال وجهاز البول وجهاز التناسل واعضاء الحواس والجهاز العصبي : الحس والحركة والانعكاسات اذا لم تكن الآفة تستدعي درسها بدقة . فتكون المعاينة قد تمت .

تكونون في ذلك الوقت قد جمعتم جميع المواد اللازمة التي تؤهلكم بفضل معرفتكم للامراض الجراحية لوضع تشخيص صريح

وهذا التشخيص يجب ان يكون تشريحياً بمعرفة مقر الآفة ، وتشريحياً مرضياً بمعرفة طبيعتها المستمدة من العلامات الطبيعية والوظيفية ، وسببياً بمعرفه الاسباب التي احدثت الآفة واثرت في سيرها ومجمل هذه الامور هو

التشخيص السريري الذي يمكنكم من معرفة الانذار والخطة التي يجب اتباعها في المعالجة . وهذا يكفي في معظم الحالات غير ان الضرورة تقضي ان تثبتوا الامر بفحص جرثومي او تشريحي مرضي او بمعاينة شعاعية او رسم شعاعي متى كانت الآفة في العظم او الاحشاء لان هذا التحري من الضروريات في ايامنا الحاضرة او بتحليل الدم لمعرفة زهري كامن او تقيح عميق او تحليل البول لتحري السكر والآحين او القشاعات لتحري الدم في رضوض الصدر او محتوى المعدة لتحري الدم والصفراء ومعايرة الحامض الكلوريدريك فيها ومعاينة الغائط لتحري الدم او لزوال لونه غير ان المخبر يجب ان يكون مساعداً للمعلومات السريرية لا في مقدمتها وفضلاً عن ذلك فكثيراً ما يكون الطبيب بعيداً عن الامكنة المتوفرة فيها هذه المخابر فعليه ان يكون ضليعاً من معلوماته السريرية ليعيض بها عما ينقصه من التحريات المخبرية .

خطة فحص مريض في شعبة الجراحة

١ً — الاستجواب : أ — هوية المريض

ب — تاريخ المرض: البدء / السير / المعالجات السابقة / النتائج

ج — سوابق المريض : الشخصية : المرضية / الخلقية : الصنعة / المسكن / طرز المعيشة

الوراثية : المباشرة / البعيدة

٢ً — الفحص السريري : أ — النظر) مقر الافة
تبدل الناحية (تورم ، جرح الخ)
تبدل اجزاء الطرف (وضعه ، لونه)

ب — الجس : العام بدون إقرار الافة : الحجم او الابعاد
الصفات الطبيعية | الاشكال والحدود
القوام متبدل اولا
التحرك
الوضوح
الشفوف
الصفات الخلقية) الالم
الحرارة
النبضان، الاصغاء
المفرزات، الشم

المفصل : فحص كل طبقة او عضو في الناحية .

ج — معاينة النواحي القريبة من الناحية او المرتبطة بها خلقياً

د — تأثير الافة في وظائف الناحية المريضة

ه — تأثيرها بعيداً) العقد
الاحشاء
الحالة العامة

٣ً — فحوص المخابر

❀ ❀ ❀

انسمام الاطفال بالعلاجات

للدكتور كامل سليمان الخوري (بروكلن نيويورك)

لا يخفى ان العوارض السامة الناشئة من المعالجة في الاطفال كثيراً ما أدت الى إثارة المماحكات والدعاوي . واسباب انواع التسمم هذه عديدة ويجب على الطبيب الممارس ان يعرفها ويحذر مزيد الحذر مما يراه مدوّناً في مجاميع الوصفات الطبية . فاذا طالع احدنا مؤلفات فن المعالجة وجدها تنقص جرعات اليفعة لتصلح للاطفال ، وذلك على موجب فن الحساب . ولا جرم ان هذا الاعتقاد لا يقاوم ابداً نار الانتقاد ، اذ لا يخفى ان للاطفال الصغار انفعالات خصوصية . اذاً عند اعطاء العلاج طفلًا ما يجب تنقيص الجرعة عما هو معين له عادة وخصوصاً متى كان العلاج فعالاً وذا مزيـة خاصة على الاطفال .

وقد أستلفت الانظار الى هذا المعنى الدكتور « بوسك » في اطروحته التي قدمها في باريس سنة ١٩٠٤ فان الرضيع لا يشفى باعطائه مستحضرات البزموت او الراتانيا او الاكسير المسكن ، بل بالحمية على الماء المقطر . نتج اذاً مما تقدم ان وصف العلاجات يختلف تماماً بين الطفل واليافع . فهناك فروق يألفها الطبيب بالمزاولة والعادة

وقـد ابان « مارفن » العوارض الناشئة من استعمال «البروموفرم» في جرعة مائية ، وذلك لانِ هذا العقار يرسب بسبب ثقله النوعي في اسفل الوعاء .

فالملعقة الاخيرة تكون حاوية على مقادير كبيرة منه . وكذا القول في استعمال العلاجات عن طريق الجلد. اذ ان هذا الاخير انعم كثيراً في الطفل منه في اليافع ، ولذا يجب مزج الجوهر اذا ما كان فعالاً بسواغ لا يؤذي . فقد حدث للاستاذ « هالوبو » ان شاهد عدة حوادث انسمام ببلسم البيرو عند استعماله في الاطفال الجربى ، ولذا فهو يوصي بعدم استعماله الا اذا كان ممزوجاً بزيت اللوز الحلو ، او ان يُستغنى عنه فيما اذا شوهد على سطح الجلد اجزاء متسعة قد اعتراها السحج .

ويختلف الفعل السمي بحسب الاطفال « فالنفطول المكوفر » لبث مستعملاً زمناً طويلاً في الخراجات الدرنية بدون ان تنشأ منه عوارض خطرة ولم ينتبه الى حصول حوادث مميتة من استعماله الا بعد ابحاث الدكتور « كينار » فان سرعة التأثر من الادوية او قلة احتمالها تختلف اختلافاً كبيراً بين فرد وآخر ، فحذار من السهو عن هذه المسألة الهامة . ولما يداخل التشخيص ارتياب ما يقتضي التربص ومعالجة الحالة معالجة مسكّنة بسيطة او بالحري يُستند اذ ذاك الى المعالجة المنطقية ، ليس لارضاء الطفل الذي لا يعي شيئاً ولكن لمسايرة اهله وذويه الذين يتطلبون علاجاً اياً كان بكل لجاجة والحاح وتراهم ينظرون شزراً وبعين الازدراء الى الطبيب اذا هو لم يخدم افكارهم ويراعي ميولهم واهواءهم .

هذا وبعد تشخيص العلة لا يسوغ الاستنتاج تبعاً لعلمي الجبر والمقابلة اذ لا يخفى على الدارس الحصيف ان بعض العلامات أو الاعراض او التناذرات (syndromes) لا ندحة عن احترامها ، كالحمى البسيطة (اي ارتفاع درجة

الحرارة) في نشأة العلل الطفحيّة كالحصبة والقرمزية وما شاكلهما .

وهناك امر لا بدّ من تحذير الحديث في الممارسة منه ألا وهو ارتياحه الى الإكثار من العلاجات في وصفاته عند ما يلاحظ حصول عدة اعراض في العليل الصغير دفعة واحدة . فالمباهاة والتبجح هكذا بتحرير الوصفات وتنميقها اتباعا للموضة الشائعة ليس منها كبير فائدة.هذا ان لم اقل انه كثيراً ما تنشأ منها اضرار تتعذر ملافاتها وتجرّ الى الملاكمات والمحاكمات ، ومن غريب الصدف ان الاطباء المبتدئين حديثاً بالممارسة هم الذين يكثرون من تطريز الورقة زعماً منهم ان ذلك يساعد على توسيع شهرتهم، وبالعكس من ذلك فقد لاحظنا ان الاطباء المتمرنين وذوي الاختبار الواسع يكتفون ببعض ارشادات لاهل الطفل ويحظرون عليهم الالتجاء الاّ لبعض طرق في غاية البساطة مثل ربع ملعقة بيكربوناة الصوده اي ثاني فحماة الصوده في نصف كوبة ماء محلّى بقليل من السكر ، او وصف منقوع الشعير مع قليل من خلاّصة البوتاس لاستدرار البول ، وما جرى هذا المجرى .

هذا ولا ندحة لنا عن الانتباه بالاخص الى عضوين رئيسين مهمين وهما الكبد والكليتان. فلا يغربنّ عن بال المداوي اللبيب ان هذه الاعضاء اذ مسّت بضرر ما طرأ على الجسم تسمم بالعلاجات علاوة على الانسمام الناشيء من العلة ذاتها . فها قد ذكرنا لعلّها تنفع الذكرى .

❀ ❀ ❀

الارضاع مدة الحمل والاعتناء بالفطيم

للدكتور كامل سليمان الخوري (بروكلن – نيويورك)

من المشهور والمتعارف بين القوم ان ظهور الحمل في اثناء الارضاع امر يقضي بتوقيف هذا بتاتاً ونرجح ان عامة الناس لم يقتبسوا هذا التعليم الا من بعض الاطباء. فهل هؤلاء اذن الملومون؟ كلاً فالاطباء يأمرون بكذا وكذا، ويحظرون هذا وذلك لاسباب جوهرية معقولة، اما سيداتنا النساء فيعممن ما يوصي به الآسي تخصيصاً لبعض الاشخاص. وتلكم علة من العلل التي داهمت معظم الشعوب الشرقية وبالاخص المصريين والسوريين اينما كانوا

تستشير احدى السيدات الطبيب عما اذا كان يسوغ لها المثابرة على ارضاع رضيعها الصغير وهي في بدء حملها، فيحظر عليها ذلك لضعف ما رآه في صدرها او لاستعداد في بنيتها للتدرن. فيسمع بهذا الامر عشرٌ من النسوة المرضعات فيجزمن فوراً بمسك الرضاعة عن اطفالهن قياساً على ما سمعن من الجارة!.

وقد قاوم هذا الوهم كثير من نُطس الاطباء ولكن على غير طائل لان الوهم متى ساد بين الجنس اللطيف اكتسب درجة الحقيقة الراهنة.

فليكن معلوماً انه في كثير من الحوادث لا يؤثر الحمل الجديد في صحة الرضيع، وقلما يتغير تركيب لبن المرضع في اثناء الحمل، ذلك ما ثبت بالابحاث والتجارب. فاذا نقص البوتاسيوم في لبن البقرة اللاقح ازداد

الحامض الفوسفوري والجير فيه . اما مقدار اللبن فلا يبدأ بالتناقص إلاّ بعد الشهر الرابع او الخامس من الحبل ، وقد يتفق ان يزيد اللبن في نهاية الحمل ، ويزداد مقدار السمن فيه. اما في النساء فـلا يحصل تغير في نوع الحليب . فالدكتور «كابار» راقب اثنتين وتسعين امرأة حبلى لبثن يرضعن اطفالهنّ ولم يلاحظ نقصاً يُذكر في اللبن الا في اثنتين منهنّ .

فما دام اللبن على حاله في اثناء الحمل لا يخشى منه حصول عوارض رديئة المغبة على الرضيع . وقد اورد الدكتور «بواريه» سبع وثلاثين مشاهدة استمرّ فيها الارضاع الى الاشهر الرابع والخامس والسادس ولم يطرأ فيها على صحة الرّضع عرض ما ، بل كان وزنهم مطّرد الزيادة بانتظام . وكثيراً ما يتفق ان ساكنات القرى يلبثن يرضعن اطفالهنّ الى ان يظهر حملهنّ واضحاً ، فيعروهن اذ ذاك في وقت واحد الدهشة من حالتهنّ والخوف على صحة رضيعهن .

بيد ان اللبن قد يعروه النقص وذلك يكون سبباً عظيماً في اختلال صحة الرضيع اذ ينقص وزنه ويصاب احياناً بالتهاب المعدة والمعى فيعروه الذرب والقياء . وقد يتفق احياناً ان يصاب الفطيم بمرض ما فتقضي الضرورة بارجاعه الى ثدي مرضعه ، وقد ردّت هاته الواسطة كثيراً من الاطفال كادوا يتلفون لو لم يُعادوا الى ثديّ امهاتهم . فمن الثابت ان لبن الام سهل الهضم سريع التغذية لا تشوبه شائبة .

ومن الاعتراضات التي قدموها برهاناً على ضرر الارضاع اثناء الحمل ان الجنين في الرحم يعتل وذلك ما يكون داعياً الى الاسقاط بيد ان مثل هذا

الاعتراض واهٍ لا اساس له .

هذا ولا ننكير ان بعض الحبالى يسقطن وهن يرضعن ، على انه لا يسوغ ان يعزى ذلك الى الارضاع ، بل الى الاسباب العادية التي تقطع عادة جريان الحبل مثل علّة الزهري ، وارتكاز المشيمة ارتكازاً معيباً او وجود الآح في البول الخ . وفضلاً عن ذلك فان الولدان (المولودين حديثاً) وفي الميقات القانوني كان وزنهم حين الولادة قانونياً .

إنما الشخص الذي يحلُّ به التعب من الارضاع اثناء الحمل هو الأُم المرضع اذ انها تضطر الى نفقة مزدوجة من حيث الغذاء : اي ما يلزم لتكوين جنينها من جهة ، ولتقديم ما يلزم من اللبن للرضيع من جهة ثانية

فو الحالة تلك اذا لم تكن الام قوية البنية ، ولم تكُ حاصلة على التغذية الكافية ، وكانت تسكن في محلٍ سيء التهوية ، يستحسن اجتنابها لمثل هذا السبب المزدوج الضرر ، والاَّ عدَّ ذلك مجازفة بحياتها .

إنما يجب السير بالتعقل والتؤدة والتأني : فاذا كان الوقت حاراً وخُشي على الرضيع من الفطام فجأَة لئلا يداهمه اختلال وخيم العاقبة في وظيفة الهضم قد يؤدي الى الالتهاب المعدي المعوي تحتم في مثل هذه الحال التربث الى وقت ما . فيوجه اذ ذاك النظر الى تغذية الام تغذية صالحة ، وتحسين طرق معيشتها طبقاً لقواعد حفظ الصحة ، وهكذا تستطاع اطالة الارضاع الى ما بعد انقضاء القيظ او مرور سحابة الوعكة الطارئة على صحة الرضيع . ثم يفكّر في الفطام بدون كبير محذور .

واما اذا كانت صحة المرضع مهددة بمرضٍ ما فلا يسوغ التوقف عن الفطم

اتباعاً للقاعدة المنطقية الآمرة بتقديم الألزم على اللازم، والأهم على المهم اللهم ان يعتنى بصحة الفطيم اعتناء يخالطه شيء من التقوى .

فلا يسوغ ان يعطى في الايام الاولى من فطمه الا اللبن بمقادير قليلة ودفع متعددة بعد الوقوف على مصدر اللبن ، و«بسترته» او تعقيمه بالحرارة ثم تبريده وحفظه في اوعية معقمة من الصيني او المعدن المطلي . وتركيزها في محل بارد حائز لشرائط التهوية الفنية هذا اذا لم يكن تحت اليد مثلجة لحفظ الاطعمة من الفساد .

ثم يتدرج شيئاً فشيئاً الى اخذ الامراق والاطعمة السائلة المحضرة من اللبن مع بعض المواد النشوية « كالاروروت » وما جرى مجراه .

ويحمد في هذا الصدد كثيراً طحين نسله اللبني «farine lactée Nestlé» الشائع الاستعمال جداً اليوم. فان اختبارنا لفوائده طيلة ما يقرب من الاربعين سنة يشجعنا على تقديمه على كل ما سواه ولاسيما في ايام القيظ اذ يخشى من اللبن الطبيعي ان يكون قد تطرق اليه الفساد كما مر بك .

ولدن ظهور اقل عرض ينبيء بتهدد الجهاز الهضمي يتحتم وضع الطفل على الحمية المائية ومنع الاطعمة عنه بتاتاً .

فلتعلم اذاً الامهات مما تقدم ان اعطاء الملبس والقضامة وما شا كل ذلك للفطيم المحروم ثديي امه ، يعد امراً منافياً على خط مستقيم لكل قاعدة طبية وعقلية . وكم كنا نتمرمر في اثناء ممارستنا في سورية ولبنان لما كنا نرى الامهات الجاهلات يجدن على المفطومين بما يورثهم التهابات معوية كانوا بغنى عنها لو ان اولئك الامهات كن يأتمرن بما كنا نوصيهن !

المؤتمر الطبي الرابع

للجمعية الطبية المصرية في بيروت

عن المجلة الطبية العلمية

عرف القراء ان الجمعية الطبية المصرية قررت عقد مؤتمرها الرابع لهذا العام في بيروت عاصمة لبنان . وقد اتخذت مكاناً له الجامعة الاميركية التي تقبلت نزول اطباء الشرق عليها بكثير من الرحابة والسرور

ووضع المؤتمر تحت رعاية صاحب الفخامة رئيس الجمهورية اللبنانية ، وعهد برئاسته الى جراح مصر صاحب السعادة الدكتور علي باشا ابرهيم . ولكنه تعذر مجيئه لسبب قاهر فتولى الرئاسة بالنيابة عنه حضرة الاستاذ الكبير الدكتور سليمان عزمي بك استاذ الامراض الباطنة في الجامعة المصرية وطبيب مستشفى قصر العيني

وقد افتتح المؤتمر في ١٠ تموز بعد وصول الاطباء المشتركين فيه من مصر والعراق وفلسطين وشرقي الاردن وسورية ، وقد ناهز عددهم ٢٥٠ طبيباً انضم اليهم نحو ٦٠ طبيباً من لبنان واساتذة معاهد الطب عندنا

الرؤساء الفخريون : وجعل الرؤساء للمؤتمرات حضرة : مستر بايار دودج رئيس الجامعة الاميركية والاب شانتور عميد كلية الطب الفرنسية ببيروت والدكتور رضا بك سعيد عميد الجامعة السورية والدكتور اسعد

عفيش رئيس جمعية الاطباء والصيادلة

واسندت امانة السر العامة الى الطبيب المصري البارع الدكتور محمد خليل بك عبد الخالق استاذ علم الطفيليات بكلية الطب المصرية

والفت لجنة المؤتمر التنفيذية من الدكتور وورد رئيساً والدكتور الكولونيل أشار والاستاذ الاب دي فريجيل والدكتور نجيب عرداتي والدكتور امين الجميل اعضاء والاخيران يقومان بوظيفة السكرتيرية

والفت لجان اخرى منها اللجنة العلمية ولجنة الاستقبالات والحفلات ولجنة المعرض الخ . .

وكانت اللغات العربية والفرنسية والانكليزية رسمية في المؤتمر

افتتاح المؤتمر واعماله: افتتح المؤتمر في حفلة استقبال شائقة اقامتها الجامعة الاميركية يوم ١٠ الجاري بحدائقها المورقة وحيث تعارف الاطباء واخذت رسومهم وفي الساعة الخامسة افتتح حضرة الاستاذ نمور وزير داخلية لبنان المؤتمر بالنيابة عن رئيس الجمهورية بخطبة ترحيبية في نادي (وست هول) وتلاه حضرة الاستاذ الدكتور عزمي بك رئيس المؤتمر بخطبة بليغة وتكلم الدكتور وورد بالانكليزية مرحباً ومشيراً الى الفائدة المتوخاة من هذا المؤتمر وامثاله . ثم القى الدكتور اسعد عفيش خطبة باسم جمعية الاطباء رحب فيها بالجمعية المصرية ، وكان مسك الختام المحاضرة الشيقة التي القاها بالانكليزية الدكتور احمد بك شفيق بمناسبة ذكرى شكري باشا الطبيب المولد المشهور

وحضر هذه الحفلة ايضاً حضرة الاستاذ جبران تويني وزير المعارف وحضرة الاب شانتور وحضرة محمد سري بك قنصل مصر وجمهور من

الاعيان والصحافيين واساتذة الكليات الطبية وحضرة اعضاء المؤتمر .

وقد جعل الاطباء اعضاء المؤتمر فندق جبيلي بعاليه وفندق سرسق بسوق الغرب مركزاً لاقامتهم مدة وجودهم في لبنان

ابحاث المؤتمر: وبدأ المؤتمر اعماله الطبية يوم السبت الواقع في ١١ تموز وكان هذا الاجتماع مخصصاً للبحث في موضوع (الحمى التيفية وعراقيلها الطبية والجراحية) والقيت فيه سبع محاضرات برئاسة الاستاذ الدكتور يني قيومجان

وبحث المؤتمر في يومه الثاني في موضوع (امراض الكبد والطحال) وترأس هذا الاجتماع بقاعة وست هول الدكتور وورد وشغل مركز السكرتيرية الدكتور محمود فريد

والقيت في هذا الموضوع تسع محاضرات

وبحث المؤتمر في اجتماعه الثالث (١٣ تموز) في موضوع الإرجاج « الاكلمبسيا » وحمى النفاس . وترأس هذا الاجتماع الدكتور دورمان استاذ امراض النساء والولادة في الجامعة الاميركية وشغل السكرتيرية الدكتور عبد الحليم حلمي . والقيت في هذا الموضوع اربع محاضرات

ودرس في هذا الاجتماع ايضاً موضوع التغذية برئاسة الدكتور جورج خياط وسكرتيرية الدكتور علي حسن والقي في هذا الموضوع ثلاث محاضرات

وبحث المؤتمر في اجتماعه الرابع (١٤ تموز) في موضوع توحيد المصطلحات الطبية في اللغة العربية وترأس هذا الاجتماع الاستاذ الدكتور فؤاد غصن استاذ الطب الشرعي في الجامعة الاميركية . وشغل السكرتيرية

الدكتور عبد الواحد الوكيل والقي في هذا الاجتماع عدة محاضرات وكانت المناقشات فيه حادة نظراً الى مكانته

الحفلات والرحلات : تناول اعضاء المؤتمر طعام الغداء يوم السبت (١١ تموز) في فندق بيت مري الكبير ثم قاموا برحلة الى بكفيا وظهور الشوير وزاروا مصح ظهر الباشق ومصح بحنس .

وفي عصر ذلك النهار عادوا الى فندق بيت مري وتناولوا الشاي على مائدة الحكومة اللبنانية بحضور سماحة رئيس النواب ورئيس الوزارء والوزراء والنواب.

وخطب اديب باشا مرحباً فرد عليه الدكتور عبد الرؤوف حسن بكلمة شكر رقيقة موثرة ثم عاد الاطباء الى عاليه بطريق جسر الباشا للعشاء والمبيت .

وتناول المؤتمرون ظهر الاحد (١٢ تموز) طعام الغداء بدعوة جمعية الاطباء ببيروت في نادي الفونس وقاموا بعد الظهر بنزهة الى نهر ابرهيم ثم زاروا الكورنتينا

وفي الساعة الخامسة لبوا دعوة بلدية بيروت لمأدبة الشاي الشائقة

وفي يوم الاثنين بعد جلسة المؤتمر الثالثة تناول المؤتمرون طعام الغداء في فندق صوفر الكبير وزاروا مستشفى حملان في الشبانيه واستراحوا في شاغور حمانا وفي الساعة الخامسة تناولوا الشاي على مائدة فخامة رئيس الجمهورية في حديقة قصر الرئاسة الصيفي بعاليه . وقد دعي الى هذه الحفلة جمهور من الوزراء والنواب والقناصل والاطباء من اعيان البلاد والموظفين

وفي المساء اقامت الجمعية الطبية المصرية حفلة عشاء شائقة في فندق جبيلي

وتناول اعضاء المؤتمر الثلاثاء (١٤ تموز) طعام الغداء في متنزه نهر الكلب وزاروا آثار تلك المحلة وفي الساعة الخامسة والنصف عاد الاطباء الى تناول الشاي في حدائق القنصلية المصرية بدعوة سعادة محمد سري بك قنصل المملكة المصرية

وحضر هذه الحفلة جمهور غفير من رجال الحكومة وقناصل الدول وكبار المدعوين وكانت مظهر بارزاً للاريحية وسلامة الذوق .

وكانت هذه الحفلة خاتمة ايام المؤتمر الرسمية الاربعة .



صناعة الورق

« ٥ »

للدكتور في الصيدلة صلاح الدين مسعود الكواكبي

و — السلولوز المؤكسج

ليس للكلور ولا لملاح تحت الكلوريت (hypochlorites) تأثير يذكر في السلولوز اذا كان في محلول ممدد وبارد . ولكن بتأثير بعض العوامل ، كأن يكون كثيفاً وبملامسة حمض الفحم الهوائي والحرارة ، يتأكسد السلولوز (ويساعده على ذلك ايضا حمض الكلوريدريك المتكون) ويستحيل الى ما يقال لهسلولوز فيتس المؤكسج(oxycellulose de Witz) لذلك يجب في عملية قصر الورق الا يستبقى فيه اثر ولو ضئيل من الكلور كذلك حمض الكروم وفوق منغناة البوتاسيوم في البيئة القلوية والماء الاكسيجيني الذي عياره ١٥ ٪ هذه الاجسام تؤكسد السلولوز فتحيله الى السلولوز المؤكسج ،

اذا عولج السلولوز المؤكسج بحمض الكلوريدريك على الحرارة يتكون الفورفورول (furfurol) .

هذا وان انواع النتروسلولوز كلها اذا أرجعت بواسطة كلور الحديدي انتجت السلولوز المؤكسج .

ولقد استحصل لئوفنيون (Léo-Vignon) السلولوز المؤكسج بتأثير حمض الـكلوريدريك وكلورات البوتاسيوم في السلولوز ووضع له صيغة $C_{24}H_{40}O_{21}$

ز — فعل الحرارة

يتحلل السلولوز بالحرارة وتختلف المحاصيل الناتجة باختلاف درجة الحرارة وطبيعة السلولوز اذا كان من السلولوز المركب كالسلولوز الخشبي .

اذا سخن الورق على حرارة قدرها + ٢١٠° بملامسة تيار من CO_2 الجاف تلون السلولوز شيئاً فشيئاً وتكون ماء وقليل من حمض النمل (ac.formique) وفي درجة + ٢٠٠° وبملامسة الماء ينطلق CO_2 ويتكون بيروكاتشين (pyrocatéchine) والماء يصطبغ ويمتلىء بلويحات لماعة . وفي حرارة عليا تبقى بقية سوداء هي الفحم بعد انطلاق الهدرجين والمتان واكسيد الفحم وحمض الفحم وتكون روح الخشب وحمض الخل والخلون والقطران والفورفورول .

والخلاصة ان السلولوز باحتراقه ينتج :

١ً — غازات شتى : كالهدروجين واكسيد الفحم وحمض الفحم والمتان .

٢ — سوائل : كالماء ، والـكحول المتيلي ، وحمض الخل والفورفورول والفحوم الهدرجينية والفنولات

٣ — مواد قطرانية .

٤ — بقية سوداء هي الفحم .

اما مقادير هذه المواد الناتجة من تقطير السلولوز الخشبي فهي :

غازات	٢٢٫ بالمائة
كحول متيلي	١,٢ »
حمض الخل	٣,٢٥ »
قطران	٥,٨ »
ماء	٤٢,٢٥ »
فحم	٢٥,٥ »

ح — التعفن

المواد النباتية ،كالمواد الحيوانية تفسد بملامسة الهواء الرطب وتكوّن اخيراً اجساما سوداء (حمض اولميك «ae.ulmique» واولمين «ulmine») يتألف منها السديم اي التراب النباتي (humus) .

على ان الحموض والقلويات اذا اثرت تأثيراً دائما انتجت هذه الاجسام ذاتها ايضا .

هذا وان ذوبان السلولوز في تغذية بعض الحيوانات ينشأ من فعل الخمائر .

ولقد ايد اوملیانسكي (Omeliansky) ان هنالك نوعين من الاختمار : الاول ينطلق فيه الهدرجين . والثاني ينطلق فيه المتان . وينتج من الاختمار عدا ذلك حمض الفحم وحموض دسمة كحمض الخل وحمض الزبدة

السلولوز المركب . — يرى السلولوز في كثير من المواد النباتية غير ان اكثرها لا يصلح للاستعمال أما لان السلولوز فيها ليس على حالة من النقاوة تمكن من استعماله او لان طرق استخلاصه منهـا باهظة النفقات يتعذر تطبيقها في دور الصناعة وان استخلصت كان النتاج في الحد الاصغر .

فمن هذا السلولوز المستخلص من المواد النباتية ما يقرب من السلولوز

الصافي اي القطن ومنه ، وهو الاكثر ، ما يقرب من السلولوز المؤكسج بتكوينه الفورفورول بملامسة حمض الكلوريدريك الحار ومنه ما يقرب من الانواع الاخرى الضعيفة المقاومة للاماهة .

سلولوز القنب الهندي الخشبي (ligno-cellulose du jute) . — هذا السلولوز يشبه سلولوز القطن ويحتوي على .

٤٦ — ٤٧ بالمائة من الفحم
٦,١ — ٥,٨ « من الهدرجين
٤٧,٩ — ٤٧,٢ « من الاكسجين

فيختلف والحالة هذه عن السلولوز الاعتيادي بعض الاختلاف فبمعالجته بالكلور يستحصل ٧٥ — ٨٠ من السلولوز . وبطريقة البروم يستحصل ٧٦ — ٧٨ ٪ . وبحمض الآزوت الممدد يستحصل ٦٣ — ٦٥ مما ٪ يدل على انه من السلولوز المنفعل من بعض الكواشف دون البعض الآخر بحسب طريقة الاستحصال .

ان محلول الانيلين في الماء يصبغ السلولوز الخشبي بلون اصفر فاقع ويمتص جيداً الاصباغ المشتقة من الفحم المعدني مما يميزه عن سلولوز القطن . واذا عولج بملاح الكبريتيت تلوّن بلون قرمزي (كلون دودة القرمز)

سلولوز الحطب الخشبي (ligno-cellulose du bois) . — يشبه سلولوز القنب الهندي وهو الحد الادنى لاستحالات السلولوز .

بعدسنة من النبت يحتوي السلولوز الخشبي على ٨٠ ٪ من السلولوز مع ان الحطب لا يحوي منه سوى ٥٠ — ٦٠ ٪ .

ويفصل بعد ان يجعل الحطب عجينا (عجين الحطب الآلي) ويقصر (عجين الحطب الكيمياوي)

في طريقة ميتشرليش يستعمل كبريتيت الصوديوم او الكلسيوم. ولاجل ذلك يعالج الحطب المجزأ الى قطع بمحلول الصود الكاوي تحت ضغط جوي قدره ٣ — ٥ طبلة ٢٠ — ٣٥ ساعة. ثم يغسل النتاج وتنزع عنه الالياف ويقصر بكلور الكلس.

وفي طريقة أخرى يجعل الحطب اجزاء تعالج بالصود (ثقله النوعي ١,٠٨٥) تحت ضغط جوي قدره ٦ — ١٠ طبلة ٢ — ٦ ساعات. غير انه يتكون شيء من حمض الخل وحمض الحماض ايضا يمكن فصلهما بترسيبهما بلبن الكلس ثم يقصر السلولوز.

واليك جدولاً ببعض انواع الحطب او الخشب المستعمل في صناعة الورق

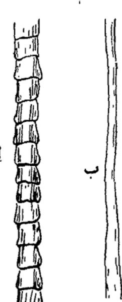
نوع الخشب	الماء	الخلاصة المائية	الراتنج	السلولوز	الموادالغريبة
السندرة	١٢,٤٨	٢,٦٥	١,١٤	٥٥,٥٢	٢٨,٣١
الزان	١٢,٥٧	٢,٤١	٠,٤١	٤٥,٤٧	٣٩,١٤
السنديان	١٣,١٢	١٢,٢٠	٠,٩١	٣٩,٤٧	٣٤,٣٠
الحور الرومي	١٠,٧٠	٢,٤٨	٠,٨٧	٥٤,٦٢	٣١,٣٣
الزيزفون	١٠,١٠	٣,٥٦	٣,٩٣	٥٣,٠٩	٢٩,٣٢
الكستنا	١٢,٠٣	٥,٤١	١,١٠	٥٢,٦٤	٢٨,٨٢
التنوب	١٢,٨٧	٤,٠٥	١,٦٣	٥٣,٢٧	٢٨,١٨
الحور	١٢,١٠	٢,٨٨	١,٣٧	٦٢,٧٧	٢٠,٨٨
الصنوبر	١٣,٨٧	١,٢٦	٠,٩٧	٥٦,٩٩	٢٦,٩١
الصفصاف	١١,٦٦	٢,٦٥	١,٢٣	٥٥,٧٢	٢٨,٧٤

سلولوز الحبوب الخشبي . — المواد السلولوزية فيها سهلة الاماهة وتنتج كثيراً من الفورفورول وقليلاً من السلولوز . وسنذكر فيما يلي الطرق الصناعية التي تستعمل في فصل السلولوز عن اللاسلولوز .

اما انواع السلولوز الاخرى كالسلولوز اللزوجي المخاطي والشحمي والبشري فانها لم توف حقها من الدرس والبحث لذلك نضرب صفحاً عن ذكرها .

ط — حالة السلولوز الطبيعية

الالياف المختلفة التي تستعمل في صناعة الورق يميز بعضها عن بعض بالفحص المجهري لمعرفة انواعها سيما اذا استعملت الخرق البالية . . فاذا كان النسيج المطلوب فحصه ملوناً تحسن ازالة لونه بوضعه تحت ناقوس مملوء بغاز الكلور ثم تنسل بضعة خيوط من السدة ومثلها من اللحمة وتفحص تحت المجهر . واذا كان المطلوب فحصه الالياف تتبع الطريقة نفسها اي يقطع منها خيوط بطول ٣ — ٤ ملمترات وتغمس في الكحول فالغليسرين الممدد بالماء وتوضع على صفيحة ثم تستر بصفيحة رقيقة وتفحص تحت المجهر بعدسة مكبرة قدر ١٥٠ — ٢٠٠ مرة .

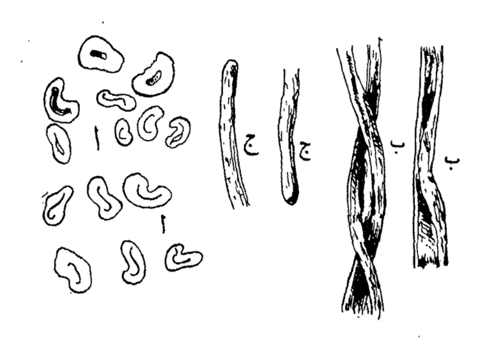


الشكل — ١
أ — صوف ، ب — حرير

فاما الصوف فيرى بشكل حلقات متراكبة احداها فوق الاخرى بحيث تشبه حافاتها اسنان المنشار .

واما الحرير فهو مؤلف من خيوط دقاق مصمتة (غير جوفاء اي ليس لها قناة في داخلها) . واما الالياف النباتية فهي جوفاء .

واما القطن الذي هو في الحالة الطبيعية بمقطع مستدير فانه بسبب انضغاطه



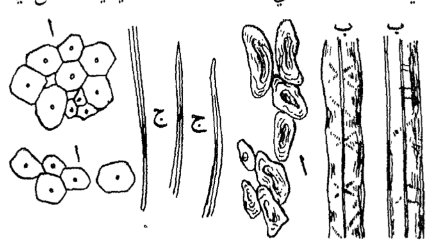
الشكل — ٢

خيوط القطن ومقاطعها

أ — مقاطع معترضة . الاجواف المركزية مستطيلة ومحدودبة . ب — الياف ملتفة قليلا كالحلزون . ج — رؤوس (او نهايات) مستديرة (معظمة : ٣٠٠)

في اثناء التجفيف يرى تحت المجهر بشكل شريط ذي نهايتين ملتويتين . اما المقطع المعترض فله اشكال مختلفة . وقد يكون الغشاء رقيقاً جداً جداً بحيث تلتبس القناة الداخلية بالمحيط العام .

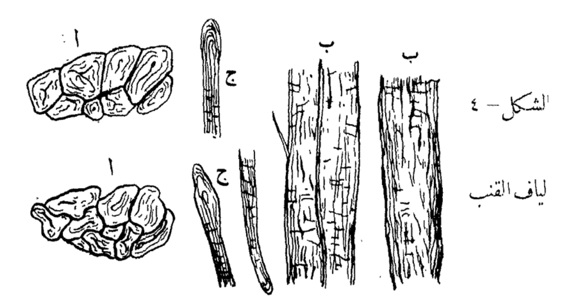
اما الياف الكتان فهي منتظمة وذات قناة خيطية الشكل في الغالب



الشكل — ٣

الياف الكتان

أ — مقاطع معترضة لاساق . اَ -- مقاطع مستعرضة للعنيق ب -- الياف الساق (طولانية) . ج --- نهايات الالياف دقيقة مستطيلة كالابر (معظمة بنسبة : ٣٠٠)



الشكل — ٤

لياف القنب

ا اَ --- مقاطع معترضة . ب ب — الياف طولانية . ج ج --- نهايات الالياف وهي منبسطة على وجه عام (معظمة : ٣٠٠)

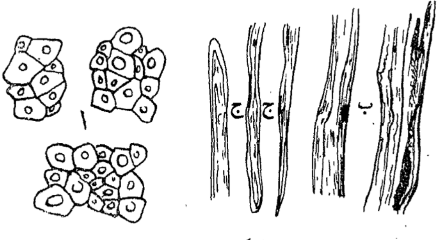
على ان الياف القنب ليست منتظمة بل لها سطح ذو اخاديد طولانية

ومعترضة وتقتلع منه ليفات ما هي الا سطوح التكاثف الخارجية . اما مقطعها المعترض فهو كثير الزوايا وغير منتظم وذو فتحة مركزية خطية لها شعبة او شعب .

اما الياف الكتان فلها مقطع كثير الزوايا ذو اضلاع قائمة وذات زوايا حادة قليلًا او كثيراً . وفي المركز تشاهد نقطة صفراء تدل على القناة المركزية .

ان نهايات الياف الكتان حادة مع ان نهايات الياف القنب تكون على الغالب واسعة منبسطة تنتهي بشكل ملوق (spatule) .

اما الياف القنب الهندي فهي اقل طولاً من الياف الكتان والقنب



الشكل — ٥

الياف القنب الهندي

ا — مقاطع معترضة تبدو فيها الاجواف المركزية كبيرة وذات محيط مدور ، ب - الياف طولانية ، الجوف المركزي فيها ظاهر بوضوح تام . ج — نهايات غير منتظمة (معظمة ٣٠٠)

الاعتيادي وغير منتظمة الحافات والقناة المركزية . ولها رأس مدور .

اما الياف الحلفة (Alfa)فهي مغزلية الشكل ذات رأس مثلّم ومقطع كثير الزوايا وغشاء ثخين جداً كثيراً ما تتعسر معه رؤية القناة الداخلية .

على ان الفحص المجهري يحتاج الى تمرين وملكة ولا بد من اشراكه ببعض الكواشف كاليود وحمض الكبريت ليكون الفحص تاماً .

وكيفية العمل هي : ان يغمس الليف في محلول يود البوتاسيوم المشبع باليود ثم في مزيج مؤلف من جزءين من حمض الكبريت وجزء واحد من مزيج الماء والغليسرين .

فاذا غمس الكتان على مقطعه المعترض بدا لون اصفر في مركز الالياف وقد يكون حولها احياناً محيط ضارب الى الصفرة قليلاً .

واذا غمس القنب على مقطعه المعترض شوهد محيط اصفر فلون ضارب الى الخضره ويكون اللون ازرق صافياً في المركز .

اما اذا شوهد في المقطع المعترض نواحٍ صفراء واخرى زرقاء ومحيط اصفر فهو الحلفة .

واللون الاصفر مع ملاح النيلين دليل على وجود السلولوز الخشبي لذلك تعرف الياف الخشب بسهولة تامة بهذا التلوين .

واليك جدولاً يفيد في التمييز بين انواع النسج النباتية :

	يود مع حمض الكبريت	كلور التوتياء اليودي	كلور الكوبلت اليودي	كبريتات النيلين	فوكسين نشادري
القطن	ازرق	ازرق	وردي بنفسجي	—	—
الكتان	ازرق	ازرق او بنفسجي	-	لاتبدل في اللون	وردي ضئيل
القنب	ازرق الى الخضرة	ازرق بنفسجي مع بقع صفراء	وردي الى الحمرة مع بقع صفراء على السطح	اصفر فاه على السطح	احمر فاه على السطح
القنب الهندي	اصفر فاقع	اصفر	اصفر	اصفر ليموني	---
الحلفة الاميركية (ramie)	ازرق	ازرق أو بنفسجي	وردي	لا يحدث لون مع الحلفة الاميركية البيضاء. اما مع الانواع الاخرى فيبدو لون اصفر	—
الحلفة	احمر كالصدأ	---	وردي	—	—
التوت (النوع الخاص لصنع الورق)	ازرق	—	وردي	—	—
القنب الاميركي (phormium)	اصفر	—	---	—	—

تحليل النسج والالياف تحليلًا كيمياوياً

التفاعلات الآتية تفيد في تشخيص انواع النسج والالياف :

١ — اذا حرقت بعض الالياف والنسج الحيوانية (كالحرير والصوف) تستفحم نهايتها مع انتفاخ ضئيل كما يشاهد ذلك في اثناء احتراق الشعر والوبر

٢ — اذا عولجت الالياف الحيوانية بحمض الآزوت الحار او بحمض المرّ تصطبغ بلون اصفر

٣ — الحرير يذوب في محلول كلور التوتياء وفي مزيج مؤلف من اجزاء متساوية من حمض الكبريت وحمض الآزوت

٤ — القطن يذوب بالبرودة في حمض الكبريت الكثيف . واذا كان القطن منسوجاً فيجب الانتباه الى ازالة ما عليه من المواد .

٥ — اذا غمس نسيج ابيض ومجفف من القطن ، في زيت الزيتون او زيت اللفت البري ثم عصر بشدة لدفع زيادة الدسم لبث كامداً (معتماً) . اما الكتان فينتفخ ويصبح شفافاً .

٦ — اذا غمس القطن في محلول الفوكسين الكحولي يصطبغ بلون احمر خفيف . اما الكتان فيصطبغ بلون بنفسجي .

٧ — اذا غمس الكتان الخام في محلول احمر النيلين الكحولي يصطبغ بلون وردي خفيف . اما خيوط القطن فانها تعود بيضاء بعد غسلها ومعالجتها بروح النشادر الخفيف (NH_3) .

٨ — ان مزيج اليود وحمض الكبريت يفيد في تمييز القطن عن الكتان

٩ — القنب الهندي يعرف بسهولة في نسيج خام باصطباغه باللون الاصفر اذا عولج بكبريتات او بكلور ماآة النيلين. اما النسيج المغسول فيغمس اولاً في محلول كلور الكلس (chlorure de chaux) ثم في حمض الكلورئيدريك ثم يغسل وتوضع على خيط منه قطرة من روح النشادر فيبدو لون احمر بنفسجي لا يلبث ان يزول .

هذا وان الكواشف التي سنذكرها ان شاءالله في الكلام على تحليل عجين الورق الآلي لا تخلو ايضاً من فائدة في تشخيص القنب الهندي عن سواه

١٠ — اما القنب الاميركي فيبدي التفاعلات الآنفة الذكر ويصطبغ بلون احمر بحمض الآزوت المدخن (فيه الخرة نارنجية) لا يزول بالغسل، وبحمض الكلوريدريك في حرارة + ٤٠° يصطبغ بلون احمر فاسمر فاسود .

اما الكتان والقنب الاعتيادي فلا يصطبغان بلون ما

١١ — القطن يذوب في مائع شوايتسير وفي اثناء هذا الانحلال يأخذ الخيط شكل المسبحة لانكماش الغشاوة الرقيقة الموجودة على سطحه .

اما الكتان فيذوب في هذا المائع بعض الذوبان .

اما الالياف النباتية الاخرى فلا تذوب لعدم نقاوة السلولوز الذي تحتوي عليه .

هذه الاوصاف كلها لا تفيد الا في فحص الخرق لانه لا يستعمل في صناعة الورق الياف نباتية صافية مباشرة لصنع الورق والا كانت النفقات باهظة واسعار الورق غالية (الا في بعض انواع الورق الجيد الخاص) .

المواد الابتدائية الاخرى

هذا وهناك كثير من المواد السلولوزية التي تستعمل في مصانع الورق كالتبن والخشب والسرخس (fougères) وعرقوب الجبل (chardons) (السلبين) والرتم (genêts) والقصب والمكنس ولكن لم تجن منها فوائد كبرى .

(للبحث صلة)

الجزء ٩ المجلد ٨

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في تشرين الثاني سنة ١٩٣١ م الموافق لجمادى الثانية سنة ١٣٥٠

داء المتحولات «Amibiase»

تمهيد

للدكتور ترابو استاذ السريريات الباطنة في معهد الطب بدمشق

ترجمها الدكتور شوكت موفق الشطي

لا يخفى ما لداء المتحولات «amibiase» من الصولة في بلادنا السورية وما له من الاشكال العديدة المتنوعة التي تعيد التشخيص غامضاً والطبيب المداوي مرتبكاً فلا عجب اذا نشطت نخبة من اطبائنا الكرام الى درس هذه الاشكال النادرة ونشر خلاصة تقصياتهم فيها تنويراً لاذهان المارسين ويعود الفضل الكبير في هذه الحركة العلمية المباركة الى زميلنا النشيط الدكتور ترابو استاذ السريريات الباطنة في معهدنا الطبي فهو الذي الحّ بكتاباته المتواصلة على زملائه من وطنيين واجانب في سورية ولبنان وفلسطين وحملهم على تدوين معلوماتهم الثمينة ومشاهداتهم النادرة

عن هذا الداء المنتشر وارسالها اليه ثم اضاف اليها
مشاهداته الخاصة واراءه الصائبة وجمعها في جزء خاص
نشر في « مجلة الطب والصحة لامراض البلاد الحارة»
الفرنسية ولما كان معظم الابحاث قد استقي من بلادناالعربية
وكان يهمنا الاطلاع على ما يقال عن هـذا الداء الوبيل
رأينا ان نخصص هذا الجزء من مجلتنا بنشر هذه الابحاث
بعد نقلها الى اللغة العربية راجين ان يكون منها لقرائنا
الكرام الفائدة العظمى رئيس الانشاء

هذه الرسالة هي الثالثة من نوعها وقد سبق لنا ان نشرنا جزئين خاصين بداء المتحولات الاول في سياق حزيران وتموز من السنة ١٩٢٨ في مجلة امراض البلاد الحارة والثاني السنة ١٩٢٩ في مجلة الطب والصحة لامراض البلاد الحارة . فلا عجب اذا تابعنا ابحاثنا عن داء المتحولات وجلنا في هذا الموضوع نفسه جولة ثالثة لان لداء المتحولات والبرداء الشأن العظيم بين امراض الشرق الادنى ولاننا نكاد نرى في كل يوم شكلاً ندعوه جديداً مع انه موجود منذ القدم غير اننا كنا نجهله

وقـد خص الدكتور هيلال يوفه (Hillel Yofé) من حيفا داء المتحولات بدرس وافر واستقصاء دقيق وهو طبيب ماهر مارس الطب في فلسطين منذ ثلاثين سنة فاذا بحث في هذا الموضوع كان بحثه جديراً بكل اهتمام . وقد لاحظنا ان اختباراتنا في سورية المشابهة بامورها الصحية اتم المشابهة لفلسطين مطابقة لاختباراته. وبدا لنا كما بدا له ان الزحار العصوي (dysentérie bacillaire) نادر بالنسبة الى الزحار المتحولي (dysentérie ami-

bienne) مع ان الزحار العصوي آخذ بالانتشار على اثر هجرة الغربيين للشرق ولا سيما الهجرة الصهيونية وان الزحار العصوي خطر في هذه البلاد وان عدد خراجات الكبد قد نقص كثيراً لان داء المتحولات الخفي قد افتضح امره ولان المعالجة النوعية الشديدة قد وجهت اليه . وقد جربنا الادوية المستعملة في معالجة الزحار واختبرنا معظمها دون ان ننظر الى مصدره فتحققنا ان الامتين افضل علاج في الحالات الحادة وان التربرسول (tréparsol) انجعها في الحالات المزمنة . واذا كان الامتين والتربرسول بعض المحاذير التي ذكرها زميلنا وهو محق في ذكرها كان علينا ان نجتنب وقوعها بدون ان نفكر في نبذ هذين العلاجين اللذين يفيدان فائدة غريبة تقرب من السحر .

واورد زميلنا في المعهد الدمشقي الاستاذ مرشد خاطر ثلاث مشاهدات جديدة عن التهاب الزائدة المتحولي الموهم (pseudo-appendicite amibienne) يجدر بالمارسين في الشرق ان يطلعوا على امثالها آونة بعد اخرى لئلا يدفعوا مرضاهم الى توسطات جراحية لا فائدة منها وقد لا تخلو من خطر في بعض الاحيان . وبحث صديقانا الحكيمان سوليه وجينسته من المستشفى العسكري في التهاب الاعور المتحولي (typhlite amibienne) . وقد سبق لسلفهما الدكتور ميشل ان نبه الى هذا الموضوع الجلل محذراً الجراحين من البضع في مثل هذه الحالات . صادف سوليه وجينسته في مرضاهما ما كان قد اوضحه ميشل في بحثه فاستفادا من تعاليمه وعالجا مرضاهما بالادوية النوعية فشفياهم وقد نشرنا ابحاثاً عديدة عن داء المتحولات التيفي الشكل وعن الاضطرابات

المعدية المعوية في الاشكال المزمنة . ويجدر بنا ألا نهمل الاضطرابات العصبية الانعكاسية كالتناذر الخوري (syndrome de neurasthénie) والحصر (angoisse) فالخور والحصر يرافقان جميع امراض المعدة والامعاء اياً كان سببها فكيف يشذ داء المتحولات عن هذه القاعدة وهو مرض يؤذي الامعاء ويزمن ويعصي المعالجة في بعض الاحيان . ولكن اذا كان تعليل هذه التشوشات العصبية سهلاً فلان الحادثات التي ذكرها اسعد الحكيم لا تخلو من الغرابة فقد بين هذا الزميل ان الزحار يحدث نوب خناق الصدر الموهم (crises pseudo-angineuses) واسراً (rétention d' urine) انعكاسياً وارتباكاً عقلياً (confusion mentale) كالتشوش الناشيء من الامراض الانتانية والناجم من السموم المنتشرة وما ذلك الا لأن للمتحولات سموماً كسموم الجراثيم الانتانية .

وهذا الامر عظيم الشأن لان الحادثات فيه تشابه الحادثات التي قد تقع في ديدان المعى . وتستطيع الحلم (protozoaires) ان تحدث اضطرابات سحائية وحالات روحية كالديدان . لان الحلم تعمل عملها عن بعد بدون ان تغادر مقرها فتنشر مفرزاتها الخلوية في امكنة بعيدة

لا ننكر ان رأينا هذا سريري لم تدعمه المخابر بعد ولكن أيجوز لنا ان نقف امام مرضانا مكتوفي الايدي اذا لم يستطع المخبر ان يضيء سبيلنا .وقد تكون الكلمة الاولى للسريريات في كثير من الاحيان مثال ذلك اذا كانت في نجو مزحور المتحولات وغلفها (kysotes) واصيب بالتهاب المرارة المتقيح ودعمت الصورة الشعاعية هذا الالتهاب وكثر عدد الكريات البيض في دمه ولا سيما

الكثيرات النوى فعولج بالامتين وشفي الزحار والتهاب المرارة فهل بعد ذلك من شك في ان التهاب المرارة متحولي ولو لم تبدُ المتحولات في اعضاد المرارة (parois) ؟ لا لعمري ان البرهان السريري كاف ويحق لنا ان نهنئ انفسنا لاننا انقذنا مريضنا من استئصال مرارته . وقد كشفت المتحولات في اعضاد مرائر استؤصلت خطأ ظناً بان التهابها رملي فاثبت الفحص انه كان متحولياً واذا قيل ان للامتين تأثيراً نافعاً في التقيحات اياً كان سببها اجبنا ان الامتين لا يقوى على شفاء تقيح المرارة متى كان السبب رملياً . وبحثُ شنتريو (Chantriot) عن الاسهالات اللامبلية (diarrhées lambliennes) وعراقيلها المرارية كبير الشأن وقد اثبتت ابحاثه تقصيات كادغرونه ومورنه ولابه وغيرهم في فرنسة والابحاث الالمانية والاميركية . واننا ننسب الى داء المتحولات الاضطرابات السحائية والتشوش العقلي في مزحور كشفت المتحولات او غلفها في نجوه وكان سائله النخاعي الشوكي عقيماً وتركيباه الخلوي والكيماوي طبيعيين وفعل الامتين في هذه الاعراض فعل السحر

يعزو غ . دوره مثلنا امثال هذه المشاهدات الى داء المتحولات ويناهض تعنت علماء المخابر وعنادهم الذين يعملون وهم في عزلة عن المرضى ويرى ان انكار الخراج الرئوي المتحولي نوع من المكابرة ولا سيما متى كانت سوابق المريض تدل على اصابته بالزحار وقد شفي خراجه بالعلاج النوعي . اجل ان اسباب الخراجات الرئوية كثيرة واذا كان يرى البعض ان عدّ جميع الخراجات الرئوية التي تشفى بالامتين زحارية، نوعٌ من المجازفة فان المنطق يخولنا ان ننسب خراجات قاعدة الرئة اليمنى الى داء المتحولات ولاسيما

في اشخاص قطنوا بلاداً موبوءة بالزحار واصيبوا بـه وعولجوا بالامتين والزرنيخ فنالوا الشفاء وزالت الغلف من نفثهم .

ان في رأي بروله (Brulé) القائل بجراثيم محدثة للخراجات الرئوية وخاضعة لفعل الامتين ما فيه من الحقيقة غير ان هذا الرأي لا ينطبق على خراجات رئوية ثبت سريرياً ومخبرياً ان المتحولات سببها . ومهما يكن فان شفاء الخراجات الرئوية الزحارية بالامتين اوحى الى الاطباء فكرة استعمال الامتين في معالجة الخراجات الرئوية اياً كان سببها واظهر فائدته العجيبة فيها . ان السريريات تلقي على المخبر مسائل غامضة فعليه ان يسعى الى حل غموضها وقولنا هذا ليس من باب الفرضيات لان عدداً من المرضى مدينون للسريريات بحياتهم ولان الطب والسريريات وجدا قبل عهد باستور

❀ ❀ ❀

الزحار المتحولي في فلسطين

La dysentérie amibienne en Palestine

الدكتور هـ : يوفه من حيفا

ترجمها الدكتور شوكت موفق الشطي

بعض التصرف

الزحار في فلسطين قرأة (endémique) يخف في بعض الفصول (ولا سيما في الشتاء) غير انه لا ينقطع تمام الانقطاع وأهم قضية فيه هي تمييز نوعه المتحولي عن العصوي . وما كنا لنعير هذه المسألة اهتماماً لو لم يذكر بعض الباحثين ان الزحار المتحولي نادر وان النوع العصوي اشد منه تفشياً . وقد تأصل هذا الاعتقاد في عقول البعض حتى انهم اخذوا يرمون استقصاآت غيرهم بسهام من النقد ويشكون في نتائج فحوص سواهم ويضربون في احصاءآت مناهضيهم القائلين بانتشار الزحار المتحولي اكثر من العصوي عرض الحائط . وهناك سبب لهذا الجدل وهو ان بعض المخابر تكتفي بتحري المتحولات «amibes» مهملة تحري عصيات الزحار مع ان الانتان المختلط ليس نادراً . وقد تنبهت الافكار الى هذا الامر فاخذوا بالبحث عن العاملين وعرفوا اخيراً ان الانتانات المختلطة موجودة ولو كانت قليلة ويدعي القائلون بتغلب الزحار العصوي في فلسطين وفي مقدمتهم

الدكتور كليغلر (Kliegler) ومعاونوه الموظفون في مخابر الحكومة ان ليس لمناهضيهم خبرة كافية في الابحاث المخبرية وان المتحولات التي لا تتحرك بارجلها الكاذبة لا تؤذي مع انه ما من يجهل سرعة تلف المتحولات وضياع حركتها . وما غاية هذا العمل الا ترجيح كفة القائلين بانتشار النوع العصوي انا نجاريهم في ضرورة فحص الغائط الملقى حديثاً غير انا لا نستطيع مجاراتهم في عدّ الحالات التي تبدو فيها متحولات في الغائط تقطيعها (morphologie) مشابه لشمائل (caractères) متحولات الزحار ،حالات غير زحارية لان المتحولات فيها قد فقدت حركتها . ان هذا الزعم لعمري معناه الاعتقاد الاعمى بقضية بدون تمحيصها

وفضلاً عن ذلك أليس في تحري العصيات كما يجريه بعضهم ما فيه من الشطط وافساد النتائج . فان التلازن الذي يجرونه لمعرفة ما اذا كانت العصيات من نوع شيغا كروز او فلاكسنر اوسواهما يستعملون فيه المصول المستحضرة من ذرار بلدية وهذا امر طبيعي غير انه يوثر في النتائج ويفسدها لان المزارع المستحضرة من المواد الغائطة والتي لا تتلازن بالمصول القياسية الاوربية وتتلازن بالمصول المستحضرة من ذرار بلدية كثيرة جداً ويحصون هذه الحادثات في القائمة الايجابية

وعدا هذا كله فان للسريريات شأنها في الفصل بين الزحارين أجل قد يظهر الزحار المتحولي بمظهر الزحار العصوي والعكس ممكن ايضاً ولكنّ الالتباس يزول متى جاء الزحار وافدات وبدت حادثات عديدة منه وكانت الصفات السريرية دالة على الشدة . ومعظم الحادثات التي نراها في

فلسطين تبدأ خلسةً ولا تعلو بها الحرارة واذا علت كانت قصيرة المدة وتتجه الى النكس بيد ان اكثر الحادثات السريعة السير المسممة للدم التي يدل سيرها على كونها عصوية قليلة. ولا يغرب عن بالنا نتائج المداواة النوعية بالامتين فان اكثر الاطباء يستعملون هذا العلاج متى كان جواب المخبر ايجابياً. والبعض الاخر يستعملونه غير منتظرين جواب المخبر الذي قد يكون معاكساً للحالة السريرية ولهذه المعالجة النوعية شأنها في التمييز بين الزحارين واذا نحن عولنا على الممارسين في فلسطين وما كتبوه عن الزحار عرفنا رأيهم عن كلا الزحارين فقد اصدر الدكتور غورفيتيس (Gurevitis) مقاله عن الزحار المتحولي في طبريا بهذه الكلمات « الزحار المتحولي مرض بلدي وعدد المصابين به كبير جداً »

وذكر الحكيم أ. برون اربع حادثات شوهدت فيها المتحولات ولم تفد المعالجة النوعية ولما كان السير السريري يدل على منشإها العصوي استعمل المداواة بالمصل فتحسنت حالة واحد منهم وبدا بعض التحسن في اثنين ولم يستفد رابعهم البتة وهو يعتقد ان حادثات الزحار العصوي ليست نادرة وانها شديدة الخطر وقال الدكتور بلر (Peler) ان التباين الواقع في احصاءآت المخابر عن الزحارين العصوي والمتحولي ناجم من طريقة الاستقصاء في كل منها .

ونحن نعتقد ان اكثر حادثات الزحار متحولية وان الزحار العصوي موجود وان بعض البيء تبالغ في كثرة الزحار العصوي وان الامر يقضي باتخاذ طريقة واحدة في البحث عن العاملين المرضيين وعن تصنيف الاحصاءآت

لان هذا التناقض افسد الاحصاءآت وأزال ثقة الاطباء في الفحوص المخبرية وجعلهم يجتنبوها .

والزحار المتحولي نادر في الرضع الذين لم يبلغوا ستة اشهر واهم عراقيله خراج الكبد وقد اصبح اليوم نادراً لشيوع الامتين في المعالجة وشفاء الخراج به كما يتبين من المشاهدتين التاليتين

الاولى : السيدة أ — . عمرها اربع وعشرون سنة اعترتها حمى بعد الوضع باربعة اسابيع وعرواء وضعف وبلغ نبضها ١٢٠ — ١٢٦ ، مع قيء نادر . لونها يرقاني خفيف ظن في بادىء الامر ان مرضها حمى نفاسية فوصفت لها المعالجة اللازمة فلم تشف . ثم استشير في امرها اربعة اطباء فشاهدوا الكبد ضخمة تجاوز حافة الاضلاع اربع اصابع وانها مؤلمة اذا ضغطت . وتدل سوابق المريضة على اصابتها بالزحار منذ ٦ ٧ اشهر حقنت من الامتين بعشرة سنتغرامات في اليوم خمسة ايام متوالية فتحسنت حالتها وتم شفاؤها في الاسبوع السادس .

الثانية : ألن ... اخذها نافض متكرر فحمى راقصة تبلغ الاربعين احياناً وحالة تيفية وكان المراق الايمن مؤلماً والكبد ضخمة يشعر فيها بتموج وسبق ان اصيبت المريضة منذ عشرة اشهر بزحار وهذا ما جعل تشخيص الخراج الكبدي سهلاً . أستشير احد الجراحين بالامر فاوصى بالبضع السريع فرفضت المريضة التوسط الجراحي رفضاً باتاً فعولجت بالامتين وتمّ شفاؤها في شهرين وعادت الكبد طبيعية وازداد وزن المريضة وتحسنت صحتها وامثال هذه المشاهدات كثيرة وقد شاهد منها اكثر الزملاء عدداً ليس بالقليل

واذا قارنا بين الوفيات بخراجات الكبد منذ ٢٠ — ٣٠ سنة والوفيات به في السنوات الاخيرة اكبرنا فعل الأمتين وأدركنا درجة تأثيره في انقاذ الكثيرين من مخالب الموت . ولو ان استعمال هذا العلاج في خراجات الكبد كان معروفاً منذ القدم لكان انقذ الكثيرين الذين قضوا نحبهم بهذه العرقلة . ولا بد لنا من ان نأتي على مساوىء الأمتين كما اثبتنا

فضائله . تقسم محاذيره اربع زمر

أ . عدم تحمل العلاج : وقلما يقع بعد الحقنة الاولى يبدو باقياء وعرق وتقطع النبض ووهن عام . وتكافح هذه العوارض بالالتجاء الى الحمية المائية ونبذ الامتين والحقن بالكافور والمصول الاصطناعية . ويستعاض عنه حينئذ باليتران او الستوفرسول او اللاكتوباسيلين (lactobacilline) وحده او مع الكساروفورم والبزموت

ب - - عوارض اشد خطراً : نهك (asthénie) ضعف النبض ، بلادة (apathie) ذرب (selles nombreuses) مخاطي قليل الغزارة ، انخفاض الحرارة وهط (collapsus) في بعض الاحيان . وتقع هذه العوارض اثر استعمال مقادير كبيرة في المرة الاولى او بعد عدة حقن من جراء تراكم العلاج . وقد شاهدت هذه العوارض ولا سيما في الاطفال على اثر إعطائهم مقادير كبيرة بالنسبة الى سنهم . وتكافح هذه العوارض ايضاً بترك العلاج واستعمال مقويات القلب ومنبهاته لانقاذ المريض من مخالب الموت .

ج - - حالات تجم من الجبلة (idiosyncrasie) وتقع اثر استعمال مقادير متوسطة فيأخذ الطفل الوهط ويصبح نبضه خيطياً وتزول تفاعلاته الحيوية فيموت في ٢٤ - ٣٦ ساعة . وهذه الحوادث نادرة جداً .

الوقاية والمعالجة

يستنتج من ذلك وجوب استعمال الامتين بكل حذر واجتناب وصفه قبل السنة والنصف من العمر . ان اخبار دائرة الصحة في فلسطين عن حادثات الزحار المتحولي اجباري ولكن يندر ان يقوم الزملاء بذلك لان عائلة

المريض ترجو من الطبيب التكتم وتستاء منه اذا أفشى امر مرضاها وما ذلك الا لسوء معاملة المستخدمين الصغار في دائرة الصحة

ان عدوى الزحار المتحولي الحاد متى كانت المتحولات سببه نادرة لان هذه الطفيليات تموت من دون ادنى توسط .

اما الغلف (kystes) فهي الجناة في انتشار المرض وتنتقل قصداً بالملامسة واعتنافاً بالماء والخضر وغيرها .

فتحدث المرض متى وجدت شروطاً ملائمة . اننا شاهدنا كثيراً من المصابين كانت تعتريهم من آن الى آخر هجمات حادة وكشفت الغلف في نجوهم كما اننا لاحظنا كثيراً من حملة الغلف لم يعترهم اقل عرض دال على اصابتهم السابقة بالداء . وكثيراً ما يصاب عدد من سكان البيت في آن واحد لان العدوى واحدة فيهم وقد شاهدت بيتاً وقعت فيه اربع حادثات في ثلاث عائلات سكنوا هذا البيت مدة ١٠ — ١١ شهراً . وكانت العيل الثلاث مهذبة خبيرة بالقواعد الصحية

وصفوة القول ان الواجب يقضي علينا باجتناب ملامسة نجو المريض قصداً واعتنافاً وتطهير اليدين وتعقيم الثياب ومراقبة المراحيض ومنع الاطفال من دخول غرفة المرضى وعلى الحكومة الالتجاء الى وسائل الوقاية العامة كجرّ المياه النقية للشرب في قنوات نظيفة او اخذها من آبار عميقة والسهر على منشإ الخضر التي تؤكل غضة .

ويجب ان ننتبه لايدي الاطفال الرضع ولنوع غذائهم وتعقيم حوائجهم المعرضة لملامسة الغذاء ووضع الخضر مدة ثلاث ثوانٍ في الماء الغالي

الادوية : هي الأمتين والستوفرسول(سبيروسيد) وظهر لنا ان فائدة الستوفرسول تفوق اليتران . وقد افاد الستوفرسول في الحالات المزمنة فائدة عظيمة . ويجب الانتباه في وصف الستوفرسول لان هـذا العلاج غني بالزرنيخ وكثيرا ما ينجم منه نفاط قرمزي الشكل يلتبس بالقرمزيـة ولا سيما متى رافقه خناق وحمى فلا تميز احدى الحالتين عن الاخرى الا بالتوسف (esquamation) والتوسف دليل على القرمزية. ويحتمل الاطفال البالغون من العمر سنة ونصف السنـة الى سنتين مقادير تختلف من ٠,١٥ - - ٠,٢٥ يوميا

وقد اعتدت في معالجة الزحار الحاد ان ابدأ بتجريع المريض زيت الخروع المستحلب مع قليل من الافيون (الا في الرضع) وان اجعلهم ٢٤ — ٣٦ ساعة على الحمية المائية فماء الارز فماء البسكوت فالماء الآحيني فالحليب الممزوج بالنشا . واللاكتوباسيلين ، هذا العلاج المضاد للتعفن مساعد عظيم في مداواة المرض المذكور

وقد افاد الـكسارفورم وحده او ممزوجا بالبزموت فائدة عظيمة ولا سيما في آخر الدور الحاد. واستعملت الـكحول داخلاً وحقنت بالمصل الاصطناعي متى وجدت لزوما لذلك . والحقن الشرجية بمحاليل اليتران نافعة ايضا واستعملت في الحالات المزمنة عدا الادوية الداخلية والامتين حقنا شرجية بمحاليل الريفانول فبدت نافعة ، واستعملت لحم الخروف النيء في مداواة الزحارين الخفيف الحدة والمزمن وفي آخر ادوار الزحار الحاد في الاطفال

❀ ❀ ❀

التهاب الزائدة الموهم المتحولي المنشأ

Pseudo-appendicite d'origine amibienne

للدكتور مرشد خاطر استاذ الامراض والسريريات الجراحية

لا نرى حاجة الى ذكر التهاب الزائدة الحقيقي المتحولي المنشإ ونشريات كرتوليس وولاي وموسغراف ولافوف ومايز وميشو وبولس باتريديس ومدام بانايوتاتو في هذا الباب اشهر من ان تذكر .

غير اننا نرى عدا التهاب الزائدة الحقيقي الذي تحدث المتحولات فيه في الذيل الدودي نفسه آفات متفاوتة الدرجات منذ التهاب الغشاء المخاطي حتى تنخر اعضاد (parois) الذيل جميعها قلنا اننا نرى عدا التهاب الزائدة الحقيقي تناذر (syndrôme) التهاب الزائدة الموهم الذي تستقر به المتحولات في الاعور ممثلة مشهداً سريريا شبيهاً بمشهد التهاب الزائدة الحقيقي . ويقلد استقرار المتحولات في الاعور نوعي التهاب الزائدة الحاد والمزمن كما تثبت المشاهدات الثلاث التي نوردها :

المشاهدة الاولى : عقيلة ع . عمرها ٥٥ سنة كانت تعتريها عوارض معوية فتنتابها احياناً اسهالات واخرى قبض مع غثيان وقولنجات ولم يكن في غائطها مخاط ولا دم اصابتها في ٢٠ حزيران سنة ١٩٢٩ آلام بطن شديدة واقياء وحصر مع نوافض وبلغت حرارتها ٤٠,٥ فدعينا الى معاينتها وهي في هذه الحالة فرأينا ان آلام البطن مستقرة في الحفرة

الحرقفية اليمنى وان الجس الخفيف ينبهها وان في جدار البطن دفاعاً عضلياً واضحاً وعرفنا من الاستجواب ان المريضة كانت مصابة باسهال وزحير منذ ثلاثة ايام . وقد تحققنا باللمس المهبلي ان الاعضاء التناسلية سليمة والرتوج حرة . وكانت الكبد ضخمة مؤلمة تجاوز حافة الاضلاع قيراطين . ففكرنا حينئذٍ في حالة زحار مستقر في الاعور مع تناذر التهاب الزائدة . فوضعنا الثلج على بطن المريضة وحميناها حمية مطلقة منتظرين نتيجة فحص الغائط واذا به يبدي عدداً عديداً من المتحولات وغلفها فحقنا وريد المريضة بستة سنتغرامات امتين فعرقت المريضة بعد ست ساعات عرقاً غزيراً وسقطت الحرارة الى ٣٦,٧ وزالت الاقياء والزحير وخف ألم البطن فا كملنا استعمال الامتين تحت الجلد عشرة سنتغرامات في اليوم خمسة ايام متوالية واتبعناه بمعالجة متقطعة بالتربرسول ستة اسابيع فشفيت المريضة شفاءً تاماً وقالت لنا انها لم ترَ نفسها يوماً متمتعة بالصحة التي تتمتع بها الآن بعد انهاء المعالجة .

❀❀❀❀

المشاهدة الثانية : الولد ب . تلميذ في بيروت عمره ١٤ سنة اعتراه اثر الطعام ألم عميق في رجا الزائدة مع اسهال وزحير وعلت حرارته الى ٣٧,٤ ونبضه الى ٩٠ فاستدعي لمعاينته احد الزملاء البيروتيين فشخص التهاب الزائدة واشار باجراء العملية الجراحية غير ان رئيس المدرسة اطلع الاب على حالة ولده قبل ان يبعث به الى المستشفى فهرول الاب مسرعاً الى بيروت فرأى ان حالة ابنه قد تحسنت فعاد به الى دمشق ودعانا الى معاينته فرأينا ولداً هزيلاً لا يتألم الا اذا ضغطت حفرته الحرقفية اليمنى ضغطاً شديداً ، حرارته طبيعية ونبضه ٨٠ ، يتغوط كل صباح مرتين او ثلاث مرات مع زحير ويقضي سحابة نهاره مطمئناً المسّ الشرجي لم يبدِ لنا شيئاً ، المعاينة الشعاعية اظهرت ان الزائدة متحركة وغير مؤلمة ومعاينة الغائط كشفت عدداً وافراً من غلف المتحولات وبيوض الديدان الشعرية الرأس (tricocéphales) وخراطين المعي (ascaris)

فاعطيناه في اليوم الاول ١٣ سنتغراماً من الصنتونين و٣٠ غراماً من زيت الخروع فالقى سبعة خراطين واعطيناه في اليومين الثاني والثالث غراماً ونصف غرام سعترول (تيمول) كل يوم واعدنا معاينة الغائط فلم تبد فيه بيوض الديدان غير ان غلف المتحولات بقيت عديدة فوصفنا له التربرسول ثلاثة اسابيع متوالية فكان يأخذ منه ٥٠ سنتغراماً في اليوم اربعة ايام في الاسبوع . وينقطع عنه ثلاثة ايام واعدنا الفحص بعدئذ فبدا في الغائط بعض الغلف القليلة فاعدنا التربرسول اربعة اسابيع اخرى على النمط المتقدم

نفسه ثم اعدنا الفحص فزالت الغلف وكانت قد زالت آلام البطن والاسهالات منذ بدء المعالجة ولم تعد الى الظهور .

❀❀❀❀

المشاهدة الثالثة : السيد س . . عمره ٣٢ سنه اتى عيادتنا في ٣٠حزيرانالسنة١٩٢٩ يشكو لنا ألماً مستقراً في نقطة ماك بورنه وافادنا ان هذا الالم متقطع وانه يشتد متى شرب اشربة كحولية او تناول خضراً غضة . وانه استشار بعض الزملاء في بيروت فاشاروا عليه بقطع الزائدة عايناه فوجدنا ألماً مستقراً في نقطة ماك بورنه الكبد والطحال سليمان الحرارة ٣٦,٦ النبض ٧٧ وعرفنا من الاستجواب ان نوب اسهالات وقبض تنتاب المريض وانه لم يصب بزحار صريح ولكنه يشكو في بعض الايام زحيراً في الصباح ولا سيما متى كان حسا في المساء شراباً كحولياً .

عوين غائطه في ٢ تموز فلم تبد فيه المتحولات ولا غلفها

عوين بالاشعة فبدت الزائدة حرة ولا ألم فيها .

اعطيناه في ٨ تموز ٣٠ غرام كبريتاة المغنيزيا واعدنا معاينةغائطه فبدا فيه عدد قليل من غلف المتحولات فوصفنا له المعالجة المتقطعة بالتربرسول ثلاثة اشهر متوالية فشفي شفاءً تاماً .

تبين لنا هذه المشاهدات الثلاث ان داء المتحولات يقوى على تقليد نوعي التهاب الزائدة الحاد والمزمن. وان هذا التناذر الذيلي الموهم يوقع الكثيرين في الخطإ لانهاشير علىاثنين من مرضانا الثلاثة بقطع زائدتيهما اللتين لو قطعتا لما أدى قطعهما الى ازالة الآلاموالاعراض البطنية التي ازالتها المعالجة الدوائية وحدها . وان المتحولات وغلفها قد لا تبدو في الغائط كما في بدء المشاهدة الثالثة غير ان اختفاءها لا يعد سبباً كافياً لنبذ داء المتحولات جانباً لان اعطاء كبريتاة المغنيزيا حسب طريقة ديكس (Deeks) في بلاد موبؤة بالزحار المتحولي واسطة حسنة جداً لكشف المتحولات في براز المصابين بالاشكال المزمنة من الزحار .

حول التهاب الإعور المتحولي الحاد

AU SUJET DE LA TYPHLITE AMIBIENNE

للدكتور القائد سوليه جراح المستشفيات العسكرية
وللدكتور الرئيس غوستاف جينسته

ترجمها الدكتور شوكت موفق الشطي

كتب الدكتور ميشل جراح المستشفى العسكري بدمشق سابقاً في مجلة امراض البلاد الحارة بحثاً اتى فيه على بضع اصابات بالتهاب الاعور المتحولي الحاد . وكان زملاؤه يشخصون الآفة التهاب الزائدة فيوفدون المصابين اليه وقد بضع ستة مرضى من ثمانية فشفي اثنان ومات اربعة وعولج الاثنان الباقيان معالجة دوائية فشفيا . وقد لاحظ الجراح حينئذٍ وكان احدنا مساعداً له أن الآفات في الاعور اشد مما هي في الزائدة وان المرض التهاب الاعور . وكشف المخبر المتحولات في نجو المرضى واثبت فتح الجثة الآفات الزحارية في الاعور والكولون .

واننا نثبت فيما يلي ست مشاهدات من هذا النوع عولجت معالجة طبية كمريضي سلفنا الذي اوحى الينا هذه الفكرة في بحثه السابق .

ان التهاب الاعور المتحولي مرض لا مجال لانكاره في البلاد

الشرقية الموبؤة بالزحار غير ان تشخيصه مستصعب ودليلنا على ذلك ان المرضى جميعهم بعث بهم الينا زملاؤنا الى المستشفى كمصابين بالتهاب الزائدة حتى ان اكثرهم كان يوصينا بالبضع العاجل .

ولعمري ان تمييز المرضين احدهما عن الآخر صعب لان استقرار العلامات والاعراض متشابه في الحالين وهذا ما يخدع الطبيب القادم حديثاً من من اوروبا وهو لم يألف بعد امراض البلاد الحارة . ولا يستطيع الجراح الاستنكاف عن البضع في مثل هذه الحالات المستعجلة ما لم يكن خبيراً بالامراض البلدية وموقناً بصحة معرفته لطبيعة الداء المتحولية . ولما كانت ثقتنا بوجود هذا المرض شديدة لم نتردد في ترك البضع جانباً في مريض كنا خدرناه حين جاءت نتيجة الفحص مثبتة المتحولات في نجوه والنتائج التي نستخلصها من مشاهداتنا هي ثمرة اختبارات جراحية في سورية مدة اربع سنوات وفي مستشفى مجهز بمائة سرير. اننا نتحاشى بضع الاعور الذي تقطنه المتحولات الزحارية لان في البضع خطراً عظيماً كما وقع لغيرنا قبل ان تنتشر فكرة التهاب الاعور المتحولي ولان المعالجة النوعية كافية للشفاء الاكيد .

والمعالجة المثلى في هذه الحالات هي الحمية ووضع الثلج على البطن وحقن الوريد بالامتين واعطاء المريض بعدئذ الستوفرسول او التربرسول . وقد تم لنا بهذه المعالجة وحدها شفاء جميع مرضانا فلولا انتشار فكرة التهاب الاعور المتحولي لكان بضعهم واجباً متحتماً . اما في الحالات المهملة المختلطة بتكون مجمع قيحي او بالتهاب الصفاق (péritoine) الآخذ بالانتشار فلا بد من البط

والتفجير (drainage) . كيف يعرف التهاب الاعور المتحولي ؟

يمتاز هذا الالتهاب عن التهاب الزائدة بكون تظاهراته اقل مفاجاة واعراضه اخف وطأة . فالاعراض هي هي غير انها اخف فالألم الفوري ودفاع الجدار اقل وعلامة يعقوب مفقودة غالباً والوجه اقل اضطراباً .

اما التعجن فاشد وقد يرتسم الانتفاخ تحت الجدار كما اوضح ذلك الدكتور ميشل ويبدو في الغالب اطار كولوني (cadre colique) مؤلم بالجس ينم عن تأذي الكولون. الحمى اخف مما هي في التهاب الزائدة الحاد ويكمل المشهد السريري بمشاهدة المتحولات وغلفها او اللمبليات (lamblias) في الغائط . ويخبر المريض في الغالب ان اصابته سوابق زحارية . وتفاعل الصفاق في التهاب الزائدة اشد لان الزائدة وعاء مسدود ومقر لانتان شديد الوطأة اما الاعور فمتسع ومفتوح وبينما تعمل المتحولات وزميلاتها عملها يجد الصفاق متسعاً من الوقت ليهيء دفاعه فيغلف المعى المتجه الى الانثقاب بغشاء كثيف. وقد رأينا مع الدكتور ميشل هذا الدفاع باعيننا ، ويبدو ذلك الاعور سريرياً بانتفاخ فتشعر به اليد كالوشيق (boudin) وعدا ذلك فمقر الآفات وتظاهراتها السريرية ثابتة لا كما في التهاب الزائدة حيث تختلف الاعراض باختلاف وضع الزائدة التشريحي . ويظهر التعجن والألم على مسير المعى الغليظ ولا سيما الاعور ومبدإ الكولون .

وهذه الحادثات نادرة بعد ان افتضح امر الزحار واشكاله وانتشرت فكرة التهاب الاعور المتحولي واصبح الزملاء خبيرين بمفعول المداواة النوعية الساحر في هذه التظاهرات .

المشاهدة الاولى : محمد . . . دخل المستشفى في ١٥ حزيران سنة ١٩٢٨

التشخيص حين الدخول : نقطة الزائدة مؤلمة واقياء .

يشعر المريض بألم فوري في الحفرة الحرقفية اليمنى ، الدفاع الجداري خفيف لا تعجن بل قرقرة(gargouillement)الحمى ٣٨,٣النبض٨٤انقطع عنه القيء منذ دخل المستشفى

المداواة : حمية مطلقة ، جليد على الحفرة الحرقفية، لم تتبدل حالته في يومي ١٦و١٧ حزيران هبطت الحرارة الى الحد الطبيعي في اليوم الثامن عشر وزال الدفاع الجداري غير ان اليد الجاسة تشعر في رجا الزائدة بكتلة بيضية كثيفة . شكا المريض في ٢٦ حزيران اسهالاً ، فحص النجو فشوهدت المتحولات فيه وزالت الكتلة البيضية على اثر المداواة بالامتين والستوفرسول. واخرج المريض في ١٢ تموز من المستشفى معافى .

المشاهدة الثانية : بانكاس . . . استشفى في ٢٩ آب سنة ١٩٢٨ وكان تشخيص دائه التهاب الزائدة

يشكو المريض ألم زائدته وتقفع (contracture) بطنه وتعجن الحفرة الحرقفية ، حرارته بين ٣٩,٥ — ٤٠ ، غائطه اسهالي لا يشكو قيئاً وقد سبق ان أصيب بنوب اسهال . المس الشرجي لا ينم عن شيء والمجهر كشف في نجوه المتحولات

المداواة : حمية ، جليد على البطن ، امتين ٠,٠٨ سنتغم

تحسنت حالته في غرة ايلول تحسناً محسوساً وزال التعجن من الحفرة الحرقفية واخرج من المستشفى في ١٨ منه

المشاهدة الثالثة : محمد درويش . — ارسل بالطيارة ودخل المستشفى في ١٨ شباط سنة ١٩٢٨

التشخيص حين الدخول : التهاب الزائدة الحاد ، حرارته ٣٩,٦ عدد نبضه ١٠٠ وكان يشكو في١٤شباط معصاً في ناحية الزائدة بدون حمى واقياء وكان يجس في بطنه تعجن كالبرتقالة ثم ارتفعت حرارته الى ٣٨ واعتراه اسهال وكانت حرارته في اليوم الخامس عشر من شباط ترقص بين ٣٨ والـ ٤٠ وكان يشكو اسهالا وصاحب هذه الاعراض في اليوم السادس عشر اقياء صفراوية . وكان أُصيب هذا المريض في سنة ١٩٢٥ بزحار وعولج وقد قضى يومي ١٨ و١٩ شباط في مستشفى حمص وكانت حرارته اذ ذاك ٣٨ ونبضه ٦٠ فحقن بالزيت المكوفر وارسل الى دمشق بالطيارة . وصل المريض الى المستشفى في

١٩ شباط بحالة سيئة حرارته ٣٧,٦ ، وعدد نبضه ٦٤ ، لسانه كتن وقد انهكه السفر في الحفرة الحرقفية اليمنى انتباج مؤلم رفع جدار البطن الى علو ٢٠ سنتمتراً ، جدار البطن حذاءه متقفع متوذم الكبد طبيعية غير مؤلمة والطحال محسوس . المس الشرجي مؤلم في الجهة اليمنى وتشعر الاصبع بالقسم المنحط من الانتباج ، باقي الاعضاء سليمة والتفسرة طبيعية .

تدل سوابق المريض والاعراض على استقرار تقرحات زحارية في الاعور سيا في الكولون الصاعد بعد ان سبقها دور تفاعل صفاقي شديد

وقد قررنا المعالجة العرضية مع مراقبة المريض مراقبة شديدة : حمية مطلقة ، مصل غليكوزي في الشرج وتحت الجلد مقويات قلب ، امتين . هبطت الحرارة في ٢٠ الى ٣٧,٦ بعد ان كانت مساء ١٩ شباط ٣٨,٢ وانقطع القيء والاسهال وتحسنت حالة اللسان وكانت حرارته في ٢١ منه ٣٦,٩ وعدد نبضاته ٦٠ ولم يتبرز الا مرة واحدة وتحسنت الحالة العامة فلم تغير المعالجة

وصفوة القول ان المريض شكا تفاعلًا صفاقياً محدوداً في الحفرة الحرقفية اليمنى زحاري المنشإ عولج معالجة نوعية فشفي وأخرج من المستشفى معافىً في ١١ آذار

المشاهدة الرابعة : يحي . . . دخل المستشفى في ٢٩ نيسان وتشخيص مرضه آلام في نقطة ماك بورنه ، واقياء ودفاع بطني وحمى ٣٩,٤

الفحص : كشف عن تقفع عام في البطن ولا سيا في الحفرة الحرقفية اليمنى ، المس الشرجي مؤلم

علامات التهاب القصبات ، تقشع مخاطي قيحي ، تحري الحيوينات الدموية سلبي ، عصيات كوخ غير موجودة في القشاعات . استعمل في ٢٩ منه الجليد على البطن والزيت المكوفر والمصل قطرة قطرة في الشرج فساءت حالة المريض في ظهر الـ ٣٠ واصبحت اقياؤه كراثية وقررنا البضع حتى اننا خدرنا المريض تخديراً قطنياً

وبينما نحن على اهبة العمل واذا بجواب المخبر يثبت وجود المتحولات في النجو فلم نتردد حينئذ في ترك التوسط والاكتفاء بالمعالجتين النوعية والعرضية وكانت النتيجة شفاء المريض فاخرجناه من المستشفى في ١٦ مايس

المشاهدة الخامسة : الآنسة أ . — مريضة عمرها ٢٨ سنة دخلت المستشفى في ٢٩ مايس سنة ١٩٢٩ .

التشخيص حين الدخول : التهاب الزائدة ، الاعراض : تقفع بطني بسيط في الحفرة الحرقفية اليمنى اما باقي ارجاء البطن فرخوة يحدث الضغط الشديد ألماً في ناحية الاعور وبعض قراقر في معى كأنه الوشيق الحرارة ٣٨ النبض ٨٠ وقد طلب طبيبها البضع غير اننا فضلنا المعالجة العرضية وقد كشف المخبر المتحولات في النجو فلجأنا الى المعالجة النوعية وقد خرجت المريضة من المستشفى في ٣ حزيران معافية

المشاهدة السادسة : شارل . . دخل المستشفى في ٥ تشرين الثاني سنة ١٩٢٨

التشخيص حين الدخول : التهاب الزائدة

كشف الفحص عن علامات التهاب الاعور الخفيف الحدة والمخبر عن المتحولات في النجو عولج معالجة نوعية فشفي .

الألم في ناحية السين الحرقفية عرض مهم
في داء المتحولات المعوي المزمن

بحث سيلفا ملّو (Silva Mello) في داء المتحولات المزمن وابان عرضاً مهماً اسماه علامة الخثل الايسر (signe de l' hypogastre gauche) وهو عبارة عن مضض (sensibilité) مختلف الشدة ينتشر في الرجا السيني وفي القسم الاخير من الكولون النازل وهذا العرض ذو شأن ولا سيما في الحالات المزمنة حيث لا أعراض واضحة . ويجب البحث عن هذه العلامة قبل ان يدعى المريض الى اجراء الفحص المخبري وقد وفق س. بواسطة هذه العلامة لكشف الداء بعد ان اغمض تشخيصه على الكثيرين .

حادثة زحار جديدة تيفية الشكل

UN NOUVEAU CAS DE DYSENTÉRIE PSEUDO-TYPHOIDIQUE

للدكتور ترابو استاذ السريريات الباطنة

ترجمها الدكتور شوكة موفق الشطي

كنا قدمنا مع الحكيم لويس من بيروت في مؤتمر غند سنة ١٩٢٧ مشاهدات عن الزحار التيفي الشكل واني اضيف اليها المشاهدة التالية .

الجندي هنري . . دخل مستشفى دمشق العسكري في ١٤ تموز سنة ١٩٢٩ يشتكي من حمى وفاقة دم وهزال بدأ مرضه منذ ثمانيـة ايام وكانت الحمى ترقص بين ٣٨ — ٤٠ .

المعاينة : لسانه كتن وفي جلده اندفاع . بطنه منفوخ ومؤلم قليلاً ، وفي الحفرة الحرقفية اليمنى قراقر ، صمم الطحال مزداد قليلاً ، في قاعدة رئته اليمنى بعض الخراخر الصفيرية ، لقح ضد التيفية منذ ستة اشهر ومع ذلك شككنا فيها ، استنبت الدم فكانت النتيجة سلبية وعولج المريض كمحموم : جليد على البطن والرأس، حقن باردة، مطهرات الامعاء فاكمل المرض سيره من دون تبدل

فحص النجو مراراً فلم تبدُ فيه المتحولات غير ان المريض في اليوم

١٨ من تموز شكا قولنجاً في الليل وتبرز صباحاً غائطاً مدمى مخاطياً . وكادت الافكار تتجه حينئذ الى نزف المعى غير ان وجود المخاط وسلبية استنبات الدم وسوابق المريض دعتنا الى الافتكار بالزحار التيفي ، فارسل النجو الى المخبر فظهرت فيه المتحولات وكانت حالة المريض سيئة وقد اخذه الفواق وعلى الرغم من ذلك لجأنا الى المعالجة النوعية فهبطت الحرارة الى ٣٨ وعادت طبيعية بعد اربعة ايام وزال الفواق وبدأ النشاط يعود بتغذية المريض .

هذه هي المشاهدة التاسعة من نوعها التي وفقنا لجمعها في ست سنوات . واذا لم نصادف اكثر من هذه المشاهدات التسع فالسر في ذلك اننا تركنا منذ ثلاث سنوات شعبة الامراض السارية حيث يرسل من يظن باصابتهم بالتيفية وعاد المجال امامنا ضيقاً لان امثال هذه الحوادث في القاعات العامة نادرة .

ان تشخيص هذا الشكل صعب جداً ولا يمكن ان يُستند الى التلقيح السابق ضد التيفية لنفي الحمى لان هناك انواعاً من العصيات التيفية واشباهها تختلف عن العصيات المجهزة منها اللقاحات الاوروبية وذلك ما يعلل ظهور التيفية في كثير من الملقحين ، وان سلبية استنبات الدم في الملقحين المصابين بالتيفية كثيرة الحدوث لان الاصابة هي التهاب في الامعاء يشفى عادة وترافقه عفونة دم بسيطة . غير ان الخطأ في التشخيص دعا الى استعمال معالجة من شأنها كشف القناع عن المرض الحقيقي . فالجليد على البطن والحقن الباردة خدشت المعى المحتقن المتقرح بداء المتحولات الخفي فنشطت المتحولات واخذ الداء المتحولي شكلاً حاداً : قولنجات ، نجو مخاطي مدمى وعليه فاننا نشير على زملائنا بان يروا النجو في المحمومين فان كان الدم كثيراً دل على

النزف ومتى كان قليلًا وصاحبه مخاط وجب فحصه مجهرياً فقد تكشف فيه المتحولات وتكون العلة داء المتحولات التيفي الشكل فتبرأ سريعاً بالامتين وذكرت السيدة باناپوتاتو من مصر كباد داء المتحولات التيفي الشكل اخذ احتقان الكبد فيه الدرجة الاولى في التناذر الذي ذكرناه. لذلك يجب ان نفكر دائماً في الشكل التيفي ونسعى الى اظهار حقيقته بالفحص المجهري فان في ذلك نجاحاً باهراً للطبيب وبرءاً سريعاً واكيداً للمريض

مشاهدات وتقصيات عن داء المتحولات في الرضع

تمكن جربازي . من جمع ٥٠ اصابة بداء المتحولات في الرضع فعرف ان هذا الداء لا يبدو دائماً بعلامات التهاب الامعاء والكولون الزحارية الشكل بل قد يتظاهر بعسر هضم بسيط او بعلامات تسمم . ولم يشاهد ج . في الاطفال الكباد الذي يصادف كثيراً في الكهول . واكثر العراقيل واشدها خطراً التهاب السحايا والدماغ وقد يصيب داء المتحولات مسالك البول غير ان ذلك لا يزيده خطراً

اما المداواة فتختلف باختلاف الحالات ولكل حادثة استطباب خاص .

❀ ❀ ❀

تشوشات معدية معوية وعصبية انعكاسية

تالية لداء المتحولات المزمن

TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX ET TROUBLES NERVEUX
REFLEXES CONSÉCUTIFS A L'AMIBIASE CHRONIQUE

للدكتور ترابو استاذ السريريات الباطنة

ترجمها الدكتور شوكت موفق الشطي

اتضح ان عدد حملة الغلف كثير في البلاد الموبؤة وقد ظهر لنا ان تعبير حملة الغلف الاصحاء لا ينطبق على الحقيقة في الاشخاص الذين بدت في نجوهم اشكال مقاومة من المتحولات . لا يخفى ان اكثر هولاء الاشخاص قليلو العناية بانفسهم لا ينتبهون للعوارض البسيطة التي تعتريهم او انهم لا يعيرون ما يطرأ عليهم من الاسهالات الخفيفة اقل اهتمام. ولا يصعب في مثل هولاء المرضى اكتشاف بعض السوابق الزحارية والاضطرابات المعدية المعوية وتدل على ذلك ايضاً فحوص النجو والبول المجهرية والكيماوية لانها تكشف عن تقصير هضمي ناجم من قصور الغدد الهضمية بسبب تأذيها من الحَلَم (الحيوانات الابتدائية) والقصوران الكبدي والمعثكلي (البنكرياسي) كثيرا المشاهدة في المصابين القدماء لان الانبوب الهضمي

لا يستطيع ان يحتمل المتحولات اشهراً وسنين من دون ان تؤثر فيه فليس هناك والحالة هذه حملة غلف اصحاء بل اشخاص يجهلون مرضهم او مرضى يتظاهر الداء فيهم بتناذرات (syndromes) متنوعة تخدع الطبيب كالتناذرات المعدية المعوية وهي في الحقيقة اضطرابات انعكاسية او تقصير في الغدد الهضمية ناجمة من داء المتحولات

ولا يمكننا ان نأتي على ذكر جميع التناذرات الناشئة من داء المتحولات لان داء المتحولات مقلد عظيم ولاننا لا نعرفها جميعها بل نذكر ما توصلنا الى معرفته كتناذر عسر الهضم الريحي (dyspepsie flatulente) وعسر الهضم الزائد الحموضة، والتهاب الكولون الغشائي الموهم والخور (neurasthénie) والحصر (angoisse) المصاحبين في الغالب لتناذرات الانبوب الهضمي

تناذر عسر الهضم الريحي (Syndrome de dyspepsie flatulente)

يشاهد كثيراً ويعتري المصابين بالزحار الحاد او المزمن المعالجين بالامتين والزرنيخ معالجة جيدة وذلك حين شفائهم. لان احتقان الغشاء المخاطي المتواصل وتقرحه الناجمين من الزحار يؤثران في الطبقة العضلية فتصاب بالخذل (parésie) مدة من الزمن فتتمدد بسببها الامعاء ويظهر قبض ناجم من وهنها وينتفخ البطن وتكثر الغازات في زوايا الكولون وتحت الكبد وتحت الطحال فتحدث آلاماً شديدة وقد ينجم من هذا التوسع العام انضغاط قبة الحجاب فعسر التنفس والخفقان وطلائع الانقباض (extrasystoles) وحوادث خناق انعكاسية . ولا يندر ان تشغل هذه الاعراض بال المرضى

فيستشيرون الطبيب من اجلها

وتكافح هذه الاعراض بحمية مؤلفة من الخضر المطبوخة والشواء والاثمار الناضجة والمعقدات واستعمال التربرسول لابادة البقية الباقية من الغلف وان عودة انتفاخ البطن والريح لدليل على ان الزحار لم يبرأ تماماً وان النار لا تزال تحت الرماد، ويجب في هذه الحالة تكرار المعالجة سواءا كانت نتيجة البحث المجهري سلبية ام ايجابية لان المتحولات في هذا الدور مفقودة وغلفها نادرة ونتيجة الفحص سلبية في الغالب

تناذر عسر الهضم الموهم الزائد الحموضة

SYNDROME DE DYSPEPSIE PSEUDO-HYPERCHLORHYDRIQUE

اقل حدوثاً من التناذر السابق ويشاهد في الزحارات الحديثة العهد وقد يكون ممهداً للزحار الحاد .

المريض مهزول في الغالب، وجهه شاحب ، هضمه بطيء متعب متألم تعتريه حزة (pyrosis)وقلس (renvoi) واقياء نصفها طعامي والنصف الآخر حامض . ويبقى الاشتهاء مع ذلك طبيعياً وتسكن الآلام بالاطعمة والسوائل والقلويات ومما لا شك فيه هو ازدياد الحامض في هذا التناذر غير ان الاعراض التي تبدو في عسر الهضم الحامض الصريح ليست كلها كاملة في هذا التناذر بل تبدو ناقصة فلا تشاهد اقياء حامض صرفة . وحس الاحتراق يستطيع المريض احتماله ولو لم يتجرع القلويات الاشتهاء غير مزداد وقد ينقص ولا يشاهد عرض الجوع المؤلم مطلقاً ، الخلاصة ان العلة هي فرط

حموضة موهمة حديثة العهد قد بدأت منذ بضعة ايام او بضعة اشهر سبقتها اصابة بالزحار . فاذا ارسل النجو الى المخبر ظهرت طبيعـة المرض وشفي المريض بالامتين والزرنيخ .

التهاب الـكولون الغشائي المخاطي الموهم

PSEUDO COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

الشك واجب في طبيعة كل التهاب كولوني غشائي مخاطي في الشرق حتى انه ليجوز لنا ان نقول بان التهاب المعى الغشائي المخاطي المعروف في اوروبا نادر في هذه البلاد ولم نرَ منه خلال سبع سنوات حادثة واحدة وقد كشف لنا المجهر في جميع الحادثات التي شاهدناها طبيعية المرض المتحولية ولا يعني هذا ان التهابات الـكولون الغشائية المخاطية التي تشاهد في الغرب لا تصادف في الشرق ، بل ان حملة الغلف الذين يظهرون بمظهر السلامة كثيرو العدد حتى ان اقل تشوش معوي يطرأ عليهم يـكون كافيـاً لظهور الزحار فيهم بمظهر تستره بعض التناذرات الآخذة بالتكون . ومهما يكن من الامر فان مشاهدة الغلف والمتحولات تبرر استعمال المعالجة النوعية التي تشفي التهاب الكولون الغشائي المخاطي . ومـع ذلك فان المرضى لا يستشيرون الطبيب عقب وقوع المرض كما في اوروبا بل يتوجعون اشهراً وسنوات ويكون اشتهاؤهم في اثنائها قليلًا وحالتهم العامة سيئة والهضم بطيئاً مؤلماً والقبض مستعصياً او تعتريهم وثبات اسهال لا يكون النجو فيها سائلًا تماماً بل ترى فيه أبعار (scybales) مغمدة بطبقة مخاطية .

وقد يتبرز المريض احياناً برازاً كثيفاً وبقطاً (paquets) مخاطية مدماة تشبه الغشاء المخاطي المتحسف . وتضطرب من جراء ذلك وظيفة الامعاء اضطراباً شديداً فيقلق المريض ويضطرب وتضعف قوته المعنوية ويصاب بالخور . فيستشير الاطباء المرة تلو المرة ويكثر من العلاجات مزعجاً الاطباء فيصفون له ما في جعبتهم من الادوية ويشيرون عليه اخيراً تخلصاً منه بالالتجاء الى الحمات (stations thermales) غير ان بلو مبيار وشاتل غيون وفيشي وغيرها لا تشفي هولاء المرضى الذين يعودون كما ذهبوا حزانى متألمين الى ان يأتي يوم ينفضح به عمل المتحولات عن يد طبيب خبير وتبدو المتحولات في البراز فيشفى هولاء المرضى بالمعالجة النوعية

تناذر الخور والحصر

SYNDROME DE NEURASTHÉNIE ET D'ANGOISSE

ذكرنا في سياق التناذرات السابقة بعض العلامات العصبية المصاحبة ونرغب هنا في المجيء على تظاهر الداء باضطرابات عصبية مستقلة . ان جميع العلل المغيرة للغشاء المخاطي التي تؤذي الضفائر العصبية المستقرة في طبقة ما تحت المخاط تؤثر في العصب الودي . وقد يكون تناذر ازدياد الحموضة نتيجة تنبه الودي . غير ان الاضطرابات العصبية قد تأخذ الدور الاول في بعض المرضى حتى انهم لا يتذكرون كيفية ابتداء مرضهم ولا يترددون في اظهار عجبهم اذا نسب الطبيب مرضهم الى بطونهم والى الاسهالات

المتقطعة التي كانت تنتابهم. وهولاء المرضى مصابون بالحصر قلقون مضطربون يعيشون خائفين معتقدين اصابتهم بمرض مجهول خطر فيجتنبون مظاهر الحياة ويميلون الى الانفراد وتعتريهم هبات حرارة وصداع ،ودوار وخفقان مؤلم وطلائع انقباض . ويعتقدون ان هذه التظاهرات خطرة فيلجأون الى اطباء البلد الواحد بعد الآخر حتى انهم يهزأون بوصفات الطبيب النوعية وطبه وحميته ولا يخفى ان كشف المتحولات مستصعب في بعض الاحيان فاذا شوهدت عدّوها عاجزة عن احداث هذه الاعراض فيهم ويصعب على الطبيب في مثل هذه الحالات اقناع المريض بان سبب شقائه هو المتحولات العائشة في امعائه وارغامه على استعمال المداواة النوعية . فعلى الطبيب في حالة كهذه ان يستمد من مهنته السلطة الكافية لاقناع مريضه وان يباشر المعالجة النوعية فلا تلبث حالة المريض من ان تحسن فيعود الاشتهاء وتقوى الحالة العامة ويزداد الوزن وتخف الاعراض العصبية ثم تزول .

هذا ما توصلنا الى معرفته باختباراتنا الشخصية الطويلة . فعلى اطباء الشرق ان ينشروا ما وصلت اليه ابحاثهم في هذا الصدد خدمة للمرضى والطب لان المؤلفات الطبية لم تذكر شيئاً مما دونّاه .

❀ ❀ ❀

بعض التظاهرات العصبية النفسية المشاهدة في سياق الزحار المتحولي

QUELQUES MANIFESTATIONS D'ORDRE NEURO-PSYCHIATRIQUES OBSERVÉES AU COURS DE LA DYSENTÉRIE AMIBIENNE

للدكتور اسعد الحكيم رئيس اطباء مستشفى ابن سيناء (دمشق)

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

يعود الفضل الى الاستاذ ترابو الذي نبه افكار الممارسين في الشرق الادنى الى التظاهرات العصبية المفاجئة التي قد تصادف في سياق داء المتحولات فقد نشر في شهر تشرين الثاني من السنة ١٩٢٧ على صفحات «مجلة امراض البلاد الحارة» مقالة اسماها «اشكال داء المتحولات الدماغية السحائية» وذكر فيها بالخاصة تشوشات سحائية في حامل مزمن للغلف المتحولية شفيت بالمعالجة النوعية. ونشر ايضاً بالاشتراك مع الاستاذ جود حالة انقطاع عن الحقيقة «état schizophrénique» سابقة للعته في مريض مزحور كان لا يشكو قبل اصابته بالزحار اقل تشوش عقلي وقد اعترته بعد اصابته به حالات نفسية قادته بسرعة الى الانتحار.

والمشاهدتان التاليتان اللتان نأتي على ذكرهما الآن تبينان ان هذا الباب الجديد نعني به التظاهرات العصبية في سياق العفونة المتحولية يستحق الاهتمام الكبير.

المشاهدة الاولى (نوب خناقية موهمة وأسر « انحباس بول » انعكاسي في سياق الزحار المتحولي)

اعترت منذ سنة المدعو س . الذي كان متمتعاً بصحة جيدة نوب دوار متصفة بثقل في في الرأس وسدر (éblouissement) وانبهار (essoufflement) وعرق مع الشعور بتعب كان يضطره الى الاضطجاع بضع ساعات وكانت تعاوده هذه النوب بفترات متفاوتة الطول حتى كان آخر شباط من السنة ١٩٣٠ اذ اصابته نوبة دوار جديدة مع وهن في القوى وغلث (torpeur) فظن ان المريض اصيب بسكتة مسببة من تلين الدماغ . غير ان المريض عادت اليه قواه العقلية بعد عشر ساعات الا انه لم يقوَ على ترك سريره لضعفه ولنوب خناقية اعترته مع حصر وألم امام القلب. دعينا الى معاينة المريض فوجدنا ان ملكاته العقلية قد عادت اليه وكان نبضه ٧٥ وحرارته وتنفسه طبيعيين ولم نجد في جهازه العصبي اقل اضطراب وكان لسانه قليل الاتساخ واشتهاؤه حسناً وبطنه متطبلاً قليلاً وتوتره الشرياني الاقصى ١٧ والادنى ٨ بمقياس فاكز وكان يشكو المريض ثقلاً في رأسه وصداعاً ونوباً خناقية حين التغوط . ولم يبد في التفسرة (تحليل البول) اقل تشوش وكانت البوله (الاوره) الدموية ٥٢ سنتغراماً .

فاعطيناه مبولة (diuretique) فاصابه في اليوم الثاني أسر تام واعترته ثلاث نوب خناقية فكان يقتر في الايام التالية . وبينا كنا نقيس توتره الشرياني في ٥ اذار اصابته نوبة خناق امامنا فشحب لونه فجأة وصرخ «اتركوني اتركوني انني اختنق» ثم امتد على الارض كزناد البندقية وارتعشت يداه اللتان كان يضرب بهما صدره . واستمرت هذه النوبة دقيقتين الى ثلاث دقائق كان تنفسه في اثنائها سريعاً غير ان نبضه بقي حسناً وخرج المريض من نوبته منهكاً وافادتنا امرأته انه كان قد اصيب منذ سنتين باسهال زحاري الشكل . وان قبضاً يعتريه في الغالب تتناوبه نوب ذرب .

ففحص الغائط فبدت فيه غلف عديدة من المتحولات فعولج بالامتين والتربرسول فزالت هذه العوارض جميعها نوب الخناق بعد اسبوع والأسر كذلك غير ان المريض بقي مضعفاً مدة من الزمن .

المشاهدة الثانية : (ارتباك عقلي في سياق الزحار المتحولي)

شوهدت فاطمة . . البالغة من العمر ٥٢ سنة في ١٣ آب سنة ١٩٢٩ تائهة في احد شوارع دمشق فساقتها مديرية الشرطة الى مستشفى ابن سيناء باعتبار انها مصابة بتشوشات عقلية

عوينت حين دخولها فبدت مصابة بفاقة دم شديدة ووذمة الطرفين السفليين وتطبل البطن واسهالات صفراوية وكانت اجهزتها الاخرى سليمة . اما الفحص النفسي فقد كشف لنا تشوشات عقلية متصفة بالضلال « desorientation » التام وضعف الذاكرة « dysmnésie » وتشوشات الانتباه والادراك وسوء المعرفة والهرط (boulimie) والنهم (gatisme) وبعض الاضطراب والارق

ثم اتت بنات المريضة بعد دخولها المستشفى بثلاثة ايام ليخرجنها واخبرن ان والدتهن تشكو منذ خمسة اشهر تشوشات معدية معوية وان تشوشات عقلية تنتابها منذ شهرين وانها تحسن في الفترة بين نوبتين بعض التحسن . فاخرجناها من المستشفى بدون ان نتمكن من تشخيص سبب المرض . غير ان عائلتها لم تلبث ان اعادتها الينا في ١٢ تشرين الاول من السنة نفسها لانها لم تعد قادرة على تحمل تشوشاتها العقلية بل يئست من شفائها . فكان ارتباكها العقلي شبيهاً بما كان عليه يوم دخولها الاول الا ان حالتها العامة ساءت وفاقة دمها ازدادت وتطبل بطنها واخذها الاسهال فعوين غائطها فبدا فيه عدد عديد من المتحولات وغلفها فعولجت معالجة الزحار فزال ارتباكها العقلي في ٢٦ تشرين الاول واستعادت قواها العقلية . وتركت المستشفى في ١٠ تشرين الثاني بعد ان شفيت من آفاتها العقلية والبطنية . ولا تزال سليمة بعد ان مرت على شفائها حتى الان ستة اشهر .

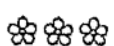
ان هاتين المشاهدتين عظيمتا الشأن فان اولاهما بينت لنا اضطرابات قلبية ودية المنشإ منعكسة عن الامعاء . لا نجهل ان التظاهرات القلبية البعيدة كإسراع القلب والحصر والنوب الخناقية الموهمة وتشوش النظم (arythmie) المتعلقة بامراض الانبوب الهضمي معروفة اليوم حق المعرفة غير ان حادثتنا

هذه تبين ان داء المتحولات قادر على احداث تناذرات كهذه . وهذا السبب جدير بان يعلن لان معرفته تدعونا الى استعمال المعالجة النوعية التي تمحو الاعراض الانعكاسية المزعجة والآلام التي لا تفعل بها في الغالب المعالجات الاخرى .

واما المشاهدة الثانية فاكبر دلالة وفائدة من الاولى لانها تجعل داء المتحولات في صف التعفنات المعوية الجرثومية . فان ارتباك العقل في مريضتنالا يستطاع تعليله بسوى فعل الذيفانات البعيد لان ارتباك العقل نموذج للحالات النفسية المسببة من السموم والذيفانات . فلا عجب اذا تولدت فكرة جديدة اعني بها فكرة الذيفانات المتحولية التي يستطاع بها تعليل الحالات السحائية كما تعلل هذه الحالات نفسها الناجمة من الديدان والحالة السابقة للعته في المريض الذي اعلن مشاهدته الاستاذان جود وترابو ،هذه الحالة التي تلي في اكثر الاحيان حسب نظرية رجيس الارتباك العقلي الذي كان واضحاً كل الوضوح في مشاهدتنا .

ولسنا نشك ابداً في ان هذه التشوشات العقلية والعصبية التي صادفناها ناجمة من داء المتحولات لان مريضينا كانا مزحورين وفي غائط كل منهما متحولات وغلف ولان تشوشاتهما العصبية والعقلية سارت والزحار في آن واحد وشفيت بشفائه بالمعالجة النوعية بالامتين والمركبات الزرنيخية. اجل ان لهذه المعالجة النوعية بعض التأثير في حالات متنوعة لان فعلها النوعي ليس مطلقاً غير اننا لم نعلم حتى الآن ان الامتين شفى بمثل هذه السرعة ارتباكاً عقلياً تاليا لشتى العفونات . وعليه فاننا لا نتخلف عن عقيدتنا هذه التي اوحاها

الينا علما الامراض العصبية والعقلية نعني بها الاقرار بذيفانات المتحولات
كيف لا ونحن نشاهد من اونة لاخرى مع الاستاذ ترابو تشوشات شبيهة
كهذه يحدثها طفيلي آخر وهو حييوين لافرن الدموي . ففكرة افراز
الحلَم (protozoaires) للذيفانات قد اثبتتها المعالجات النوعية التي محت
بسرعة غريبة التشوشات العقلية والعصبية التي صادفناها وهي تشوشات تخيب
فيها المعالجات في الغالب



داء المتحولات واللامبليات

AMIBIASE ET LAMBLIASE

للطبيب الرئيس شانتريو

ترجمها الدكتور شوكة موفق الشطي

لا يعد داء المتحولات المنحصر في الامعاء شديد الخطر لانه متى عولج معالجة باكرة يشفى شفاءً سريعاً في اغلب الاحيان . وليس الامر كذلك متى اصطحبت الحلم (الحيوينات الابتدائية) ببعض العصيات او الطفيليات لان عراقيل حشوية تظهر حينئذ فيزداد انذار الزحار شدة. واهم العناصر المصاحبة للمتحولات هي اللامبليات التي تعيد الزحار خطراً وقليل هم المتمرنون الذين يعرفون هذا. والاسهالات اللامبلية الصريحة اكثر حدوثاً من الاسهالات المتحولية . ومن الخطإ ان يظن ان اللامبلية المعوية (giardia intestinalis) هي ضيف المعى المسالم وانها لا تؤذي الا بمعدل عشرة في المائة من الحوادث

اقمنا في الشرق الادنى خمس سنوات واصبحنا قادرين على مجابهة هذا البحث واظهار شأن النقاعيات ذات السوط واشتراكاتها الطفيلية في امراض الانبوب الهضمي .

وداء اللامبليات مرض مستقل واشتراك اللامبليات بالمتحولات المخربة (entamœba histolytica) او الرباعية (tétragèna) حادث مهم يجب ان يخصص له مجال واسع في زمرة الزحارات البلدية ولم يذكر الاطباء الخبيرون بامراض البلاد الحارة عدا التهابات الصفاق (péritonites) الناجمة من تقرح الامعاء وانثقابها من الاعراض الخاصة بداء اللامبليات الا النزر اليسير .

وليس المشهد السريري المذكور عن داء اللامبليات مطابقاً لما شاهدناه ويلخصه مورناس على الصورة الآتية « يبدأ المرض ولا سيما في الصغار بألم لمراق الايمن واسهال مستمر مديد يكاد يكون منتظماً يتخلله تغوط طبيعي متى روعيت الحمية او اعطي العلاج . ولا يتألم المصاب غير انه ينزعج من استمرار الاسهال . ويختلف عدده من مرتين الى عشر مرات في اليوم ولا سيما في الصباح وقلما يضطر المريض الى النهوض ليلاً » . ويعتقد هذا المؤلف ان داء اللامبليات لا يبدو بشكل حاد كالزحار الا نادراً وان تعبير الزحار اللامبلي خطأ لان الاسهال حينئذ يكون حاداً مع نجو سائل يخدش المستقيم والشرج فيبدو المرض كالزحار . وهذه الادوار موقتة . ولم تعرف حتى الآن نتيجة داء اللامبليات المتروك وشأنه او المعالج معالجة غير نوعية وقد عميت هذا الداء بالدنف (لابه) والغالب ان هذا المرض سليم غير انه مزمن ومستعص .

وقد تمكن المؤلفون الاميركيون على اثر انتشار تنبيب الاثنا عشري من كشف ذات السوط (flagelle) في الصفراء . واثبت ذلك ايضاً ليبر

اذ شاهد اللامبليات في محتوى الاثنا عشري غير انه لم ير الا اشكالاً نابتة . اما الغلف فلم تصادف فيه مطلقاً .

وتدل مشاهدات كارنو وغلهنجر على ان الطفيليات المصادفة في الاعفاج لا تستقر دائماً هنالك بل ان مستودعها المرارة . وليست المرارة مذخراً للجراثيم فحسب بل لبعض الطفيليات ايضاً ومنها اللامبليات المعوية (giardia intesti-nalis) وقد اقر ذلك بعض المؤلفين « كاد ، غريفه ، مورناس » . وشاهد وستفال وجورجي كثيراً من الاشكال النباتية الكثيرة الحركة في مرارة مستأصلة . ورآها غيرهم في الطرق الصفراوية . وهل يعني ذلك ان محتوى الاثنا عشري والصفراء مناسبان لنمو اللامبليات ام انهما مستنبت حسن . وبحث مارسل لابه ودنوال عن الدور الذي تلعبه الطفيليات المعويـة في الامراض وذكر قبلًا غوسه ولانوار حادثة انسداد القناة الجامعة بذوات المرشفين (douves) . ويعتقد هولاء المؤلفون ان الطفيليات المعوية تحدث عللًا كثيرة كانت مجهولة ويجب التفكير في الآفات الطفيلية في جميع امراض الانبوب الهضمي وخلو النجو من الطفيليات لا يدفع التهمة عن انها سبب الاذى وقد ساعد تنبيب الاثنا عشري على كشف اللامبليات الحيوية في الصفراء . والارجح على رأي لابه ان النقاعيات قادرة على التكاثر في الامعاء واحداث التهاب فيها والصعود في الطرق الصفراوية فتسير اللامبليات كما تسير المتحولات صعداً في الطرق الصفراوية فتحدث الكباد البسيط او القيحي وليس داء اللامبليات نادراً كما كان يظن سابقا وقد شوهدت اللامبليات كثيرا في صفراء المرارة . ولم يشاهد داء اللامبليات في فرنسة

وكان لمؤلفي الالمان القدح المعلى في الكشف عن عمل اللاامبليات في امراض الطرق الصفراوية .

ونكرر ما قلناه عن ان اللاامبليات المعوية ليست ضيفاً مسالماً بنسبة ٩٠ في المائة بل انها تحدث التهاباً معوياً قولونياً قلما يكون مزمناً منذ بدئه . وهي تحدث عراقيل في الطرق الصفراوية الخارجية . وقد فحصنا النجو في ٦٥٦ حادثة في سنة ١٩٢٧ فكشفت الطفيليات ٢٧٥ مرة وشوهدت :

المتحولات	١٤٣ مرة
الغلف وحدها	٧ مرات
الغلف والمتحولات	٨ »
اللاامبليات ،	٨٣ »
اللاامبليات ، والمتحولات وشعريات الرأس (tricocéphales)	٢١ »
شعريات الرأس ومنحرفات الفم (ankylostomes)	١٣ »

وقد اقتبسنا هذه الاعداد ١ً – من فحوص اجريت في مستشفى عسكري سيار ولم نجمع احصاءنا من دمشق وحلب ٢ً – لم نفحص نجو جميع المصابين باسهالات ومع ذلك فهي كافية لاظهار درجة اشتراك اللاامبليات بالامراض الهضمية وعلاقتها بداء المتحولات ولا سيما في الاشهر التي تكثر فيها الاسهالات وقد فحصنا سنة ١٩٢٨ ثلاثمائة وتسعة وثمانين غائطاً فكانت النتيجة سلبية في ٢٤٥ منها ووجدت الطفيليات والعصيات في ١١٤ :

متحولات وغلفها	٧١ مرة
لامبليات وحدها	٣٣ »
لامبليات ومتحولات	١٧ »
منحرفات الفم الاثنا عشرية	٣ مرات
عصيات فلكسنر أو شيكا	٥ »
ازدياد الكثيرات النوى	٧ »

يستنتج من ذلك ان داء اللامبليات في الشرق ذو شأن كداء المتحولات وقد تكون اللامبليات ضيفاً مسالماً في المرارة والاثنا عشري . وتحدث اللامبليات التهاباً خفيفاً في المرارة وتحتوي الصفراء حينئذ على كريات بيض وخيوط مخاط ولامبليات . والمرض هو التهاب المرارة الخفيف الحدة ولا يشترك بالتهاب محيط المرارة الا نادرا . وقد ترى النقاعيات في المعدة اذا زالت حموضتها . ويظهر ان المرارة بقلويتها تساعد على نمو الطفيليات كالاعفاج وهذا يبين سبب ازمان الآفة ومقاومتها لا نجع العلاجات ولاسيما متى اشتركت اللامبليات مع غيرها من الطفيليات وبالخاصة المتحولات . وانفراغ المرارة المستمر المأهولة بالطفيليات يساعد على استمرار الانتان ،وحملة الغلف الذين ندعوهم اصحاء ليسو في الحقيقة الا اشخاصاً مصابين بامراض عضالة

اشكال داء اللامبليات السريرية

تبين من المعلومات التي سبقت ان اللامبليات المعوية (giardia intesti-nalis) ليست كما يتوهم البعض طفيلياً مسالما لا طاقة له على احداث اضطرابات في الانبوب الهضمي او ملحقاته .

وقد يكون المسرحون من الجندية متى عادوا الى بلادهم سببا في نشر الداء في اسرهم وغايتنا من هذا الاستقصاء تنبيه المتمرنين الى هذا الامر لان افكار الزملاء لا تتجه متى شاهدوا مريضا قادما من المستعمرات الا الى داء المتحولات وذلك لجهلهم لداء اللامبليات واشكاله السريرية ومعالجته . ويتظاهر المرض سريريا بصورتين :

١ - مظاهر التهاب المعى والقولون اللاامبلي الصرف او المشتركة في احداثه عدة طفيليات (متحولات ، غلفها ، شعريات الرأس)

٢ - بتناذر اثنا عشري كبدي او مراري لا امبلي صرف او مشترك وانذاره جدي والنكس كثير ويؤثر ذلك في الصحة العامة تأثيرا سيئا

وينجم من ذلك الدنف وتغير سحنة المريض بان يصبح كالمسلول «السل الموهم »(pseudo tuberculose) ويبدو التناذر الاثنا عشري بالام في المأنة (حول السرة) وتحتها وغثيان وقلس سائل لزج وتناوب القبض مع الاسهال وطبلية البطن واعراض عامة تدل على الضعف والهزال . ويتصف المرض بعسر هضم اثنا عشري. ويكشف التنبيب المعوي عدا القصورين الصفراوي والمعثكلي (البنكرياسي) اشكال اللاامبليات النباتية. وتساعد الاشعة على اظهار تشوه في الاثنا عشري والتوائه وقد يبدو المرض بما يبدو به الركود الاثنا عشري فيفقد القرحة مع ما ينجم من ذلك من حوادث تسممية بسبب احتباس محتوي الاثنا عشري المزمن .

اما التعليمات الشعاعية فهي كما يلي :

معدة شديدة النشاط (hypertonique) والتقلص (تناذر باركلاي) مع نقطة مؤلمة في رجا الاثنا عشري حذاء قسمه الاخير ، تقفع شديد ، ركود في قسم الاثنا عشري السفلي مع بقاء سائل مقداره ٢٠ -- ٣٠ سم مكعبا الاحتباس الشاذ وهذه العلامات دليل على التهاب الاثنا عشري او التهاب محيطه . ولا تبدو علامات تدل على التقرح

وتحدث اللاامبليات عدا المرض المعوي امراضاً في المرارة فتبدو علاوة

على الاسهالات المتناوبة مع تبرز طبيعي اعراض مرارية تتظاهر بقولنجات كبدية . والطريقة الوحيدة لوضع التشخيص في هذه الحالة تنبيب الاعفاج وقد استعملنا المضارة (lacto-serum) بدلاً من كبريتاة المغنزيوم وكلورور المغنزيوم والهضمون (بيتون) اذ ظهر لنا ان المضارة افضل مفرغات الصفراء واسرعها فتسيل عقب وصول المضارة الى الامعاء صفراء ذهبية مصفرة فخضراء قاتمة ثم تأخذ صفات الصفراء المرارية فالصفراء الكبدية الرائقة . ويجب تكرار الفحص لكشف الطفيلي .

يتظاهر داء المتحولات اللامبلي ببيلة صفراوية (probilinurie) شديدة وبتهيج الكبد على نمط غلانار فالتهاب الكبد وتكون الخراج مما يقلد الكباد المتحولي وقد شاهدنا من ذلك عدة حوادث سننشرها بعد حين

وصفوة القول ان لداء اللامبليات السريري شكلين مستقلين لكل منهما اعراض خاصة وانذار مختلف فهو يتظاهر ١ — بتظاهرات ذربية صريحة ، التهاب المعى والقولون الخفيف

بتناذر اثنا عشري مراري او كبدي ، يجب الاحتفاظ بانذاره لان تأذي العضوية فيه شديد ويقلد المرض السل المصطحب بقصور الكبد . ويجب في كثير من الاحيان الاستقصاء بالاشعة ولا بد من تنبيب الاثنا عشري لمعرفة طبيعة المرض .

النتيجة

أ — داء اللامبليات مرض مستقل ، اشكاله المعوية سليمة تبدو بالتهاب المعى والقولون الحاد او الخفيف الحدة او المزمن وازمان المرض يجر الى

عراقيل اثنا عشرية ومرارية وكبدية انذارها مشكوك فيه

ب -- اشتراك اللامبليات والمتحولات تظاهر سيء في الزحار البلدي لاستقرار المتحولات واللامبليات المعوية في خلية الكبد وطرق الصفراء

ج — اذا كانت سحنة المريض تدل على سل موهم وقد بحث عن العصيات السلية مراراً ولم تشاهد وجب تنبيب الاعفاج والبحث عن الطفيليات

د — المضارة احسن مفرغات الصفراء لان فعلها سريع ويحتملها المرضى اكثر من غيرها : كبريتاة المغنزيا والهضمون

وتساعد البيئة القلوية في المرارة وفي الركود الاثنا عشري على استمرار وجود اللامبليات فيهما .

هـ — يجب ان تتجه المداواة الى مكافحة القلوية : ١ — بتحميض بيئة الانبوب الهضمي وذلك باستعمال الليمونية الكلورية (limonade chlorhydrique) مدة طويلة و٢ -- ان تخفض الطرق الصفراوية بمفرغات الصفراء المعروفة واحسنها المضارة و٣-- يفيد الامتين الزرنخي (arséméline) حقناً تحت الجلد في الاشكال المعوية القولونية فائدة كبيرة . ويظهر ان مفعول تترايودو فنول فتالائين الصوده (tétraiodo-phénolphtaléine de soude) المفرغ للصفراء والقاتل للطفيليات قليل في داء اللامبليات المراري .

❀ ❀ ❀

هل من دليل على كون التقيحات الرئوية متحولية المنشإ

EXISTE-T-IL UN CRITERE DE LA NATURE AMIBIENNE DES SUPPURATIONS PULMONAIRES

حول حادثة خراج رئوي في قاعدة الرئة ظهر اثر الاصابة بالوافدة

بقلم دوره (G,R.Doré)

ترجمها الدكتور شوكة موفق الشطي

عامل يشتغل في مقلع من الحجر الاسود(une ardoisiére) وهو في الوقت نفسه خادم في حقل عمره ٢١ سنة لم يسبق ان اصيب بمرض خلا الوافدة وقد اعتراه صلَع عيلي في السنة السادسة عشرة من عمره ماتت اخواته الثلاث في الصغر وقد كلف في شهر نيسان ١٩١٩ بتنظيف المراحيض فشعر بنهكة وألم خلف القص ونوافض واستمرت هذه الاعراض ٣ — ٤ ايام فدخل المستشفى في ٢٧ منه فعولج كمصاب بذات القصبات ولم تبدُ في قشاعاته عصيات ، حرارته لم ترتفع عن ٣٨ الا انها كانت يوم دخوله ٣٨,٥ . بدا معه في نصف حزيران بينما كان في مراكش تناذر كهفي في قاعدة الرئة اليسرى فسمعت خراخر تحت الفرقعية ونفخة انبوبية زفيرية متطاولة . ولم تأخذ هذه النفخة صفات النفخة الخزفية . واستدل من الاصغاء في ١٩ منه على ان علامات الكهف

مستقرة في ساحة علوها ١٣ سنتمتراً وعرضها ٩ سنتمترات . فحص المريض بالاشعة في ٢٢ منه فلم يرَ اقل خلل سوى ان الحجاب « diaphragme » الايسر بدا ملجوماً وظهر الرتج الضلعي الحجابي معلقاً من هـذه الجهة ،

فحصت القشاعات في مستشفى بوردو فـكانت مخاطية قيحية وفيها عدد كبير من الكثيرات النوى يفوق عدد الخلايا القصبية المخاطية ، وفيها ايضاً عدد كبير من المكورات الرئوية وبعض الرباعيات (tétragènes) والمكورات المضاعفة النزلية (diplococus catarrhalis) ولم يبحث عن اللاهوائيات ولا عن البرعميات ولم تشاهد الياف مرنة . استحضر لقاح ذاتي وحقن منه المريض في ٢٥ ، ٢٦ ، ٢٧ بمقدار يختلف من ربع الى سم مكعب ، عدت كرياته فـكانت ٤,٨٠٠,٠٠٠ حمر و٦,٩٧٥ بيض و٦٦ كثيرات النوى المعتدلة و١٠ وحيدات النواة الـكبيرة و٢٤ وحيدات النواة المتوسطة وبلغميات ولم تشاهد ايوزينيات . مقدار خضاب الدم ٩٠ في المائة . الاشتهاء طبيعي والنوم هادىء والنفث مخاطي صمغي غير نتن غير ان الألم في القاعدة اليسرى كان ثابتاً مع نهيج (dyspnée d' effort) خفيف . وبدت ايضاً علامات التهاب قشرة البلورا في القاعدة اليسرى . فحص المريض بالاشعة مرة ثانية وكادت تكون النتيجة سلبية . وكشف في التفسرة عن قليـل من الآحين والنيلة (indican) . عادنا المريض في ١٩ آب ناقهاً ولم يكن وزنه الا ٦٩,٥ كيلواً وقد عاوده النفث النتن

ان هذا الخراج بسيط غير انه يدعو الى بعض الملاحظات . فان فقدان العلامات الشعاعية ووجود العلامات الاستماعية دليل على عدم تـكون

مجمع قيحي بل على موات مستتر احتفر في الرئة حفرة يصعب تعيين حجمها . ولم يعتر المريض شبه قيء ولا اعراض عامة . تعالج هـذه الخراجات عادة بحقن الوريد بالارسنوبنزن متى ثبت ان عاملها بريميات بزانسون وشغوان (Bezançon et Chegoin) ويمكننا ان نقول عن هذا الخراج الذي يظهر سببه واضحاً ان لم يقم دليل على كون بعض الكهوف الرئوية متحولية او وافدية .

ان فرضية بروله (Brulé) معروفة وهي القائلة بوجود فوعة تحفر الرئة وتتأثر من الامتين. ومن المعقول الاعتقاد ان سبب بعض الخراجات التي رئت بالامتين كانت متحولية على الرغم من استتار المتحولات. غير ان ذلك لا يكفي لتعليل جميع الخراجات الرئوية المذكورة حتى الآن

اننا نشك في السبب المتحولي في مريضنا لانه غادر كارفو (Carfou) منذ خمس سنوات ولكن أيحق لنا انكار داء المتحولات الرئوي مع كثرة التقيحات في الرئة اليمنى المجاورة للكبد مع ان الاستقرار في الرئة اليسرى لم يقع الا في حادثتين فقط من ١٦ حادثة ذكرناها .او لا يستنتج من ندرة التقيحات في الرئة اليسرى ان منشأ معظم الخراجات الرئوية متحولي ولم يذكر احد بعدنا خراجاً في الرئة اليسرى الا (بابله) في الهند الصينية فوقوع الخراجات في اليمنى يحملنا على الظن بان منشأ هذه التقيحات كبدي ولا سيما متى كانت مستقرة في القاعدة .

❀ ❀ ❀

حول استقرارات داء المتحولات خارج المعى

SUR LES LOCALISATIONS EXTRA-INTESTINALES
DE L'AMIBIASE

للدكتور دشيان « من مستوصف باستور »

ترجمها الدكتور شوكت موفق الشطي

بدأ كثير من المؤلفين بذكر استقرارات المتحولات خارج المعى منذ سنة ١٩٢٣ وهذه الاستقرارات تسبق داء المتحولات المعوي او تتلوه وهي التهاب اللوزات والقصبات والكلية والمثانة والاحليل والمرارة وفرضوا ان داء المتحولات مرض عام ذو اشكال عدة وما الزحار الا احد مظاهره حتى انهم لفظوا هذا التعبير « اتنان الدم المتحولي amibhémie »

غير ان هذه النظرية لم تثبت ولم يدعمها الاختبار الطفيلي دعماً اكيداً وما الخراجات الكبدية والرئوية والطحالية والدماغية المتحولية وغيرها من الاستقرارات خارج الامعاء الا آفات انتقالية او منتشرة انتشاراً مقصوداً وقد ذكرنا سنة ١٩٢٨ على صفحات المطبوعات الطبية مع ملنوت (Melnotte) ان طبيعة بعض الالتهابات القصبية والمثانية والكلوية والمرارية المتحولية لم تثبت بعد . وليس من الصعب اثبات ذلك بل يكفي تجهيز مستحضرات واظهارها او حقن شرج الهرة بالمادة المشتبه بها « قشاعات ،

قيح، نفث، وغيره» ليتحقق الامر لان الشفاء بالامتين لا يعد دليلًا قاطعاً على طبيعة الداء المتحولية اياً كان نوعه. وقد تقصينا في اكثر من ٥٠٠ حادثة داء المتحولات فلم نعثر على مظاهرات خارج المعى غير ان المشاهدات الثلاث التالية جديرة بالاهتمام:

المشاهدة الاولى: ذكر كاستكس وغرينوى (١٩٢٩) حادثة داء المتحولات القصبي الرئوي كان الطفيلي فيها مصاحباً للبريميات القصبية (treponema bronchialis) وقد شاهدا في نفث مريضهما المتحولات الزحارية. غير ان هذه المتحولات قد تكون من نوع المتحولات الموجودة في الفم فهل اجتنب المؤلفان هذا الخطأ

المشاهدة الثانية: ذكرها غامبيه وهي عن كهل اخذ يبول دماً وقيحاً ويشكو التهاب المثانة بعد اصابته بالزحار بسبعة ايام. وقد كشف المجهر في البول المتحولات الزحارية.
ولعل سبب وجود المتحولات في البول انفتاح خراج زحاري صغير في المثانة وانتشار المرض قصداً لان قعر المثانة لا ينفصل عن الشرج الا بطبقة غشاء رقيقة وهو الغشاء الموثي الصفاقي (البروستاتي البريطوني)

المشاهدة الثالثة: نشرها سنة ١٨٣٠ فروالانو اذ شاهد في طالب طب مصاب بداء المتحولات المعوي التهاباً مثانياً وبولاً مدمىً وكشفت المتحولات في بوله وقد حقن شرج الهرة بغائط المريض وبوله فبدا فيها الزحار. غير ان ما قلناه عن المشاهدة الثانية جائز في هذه المشاهدة.

ان المشاهدات الثلاث هذه لا تدل على كون داء المتحولات عاماً بل على تظاهراته التالية

ولعل جهل الطفيلي دعا الى ذكر كثير من الاشكال الابتدائية لان تعيين المتحول صعب حتى على الاعين الخبيرة فالبلعمات الكبيرة (macro - phages) المحشوة كريات حمراً تشابه المتحولات كثيراً. وقد تشابه بعض الكريات البيض والعناصر الخلوية المتحولات وافضل طريقة لمنع هذا الالتباس هو تلوين المستحضر بالهماتوكسيلين الحديدي. ولنذكر

العناصر التي قد تشابه المتحول :

الكثيرات النوى : تمتاز عن المتحول بنواهـا المفصصة وتركيبها المجيب وحركتها السريعة الزوال وحجمها (١٢ — ١٥) ميكروناً فان مقاييسها اقل من مقاييس المتحول وتلوين المستحضر يزيل الشك لانـه يصبغ النواة جيداً فتعرف انها من نموذج الكثيرات النوى

الوحيدات النواة والبلعمات الكبيرة : تلتبس هذه العناصر بالمتحول ولا سيما متى فحصت وهي نضيرة لان الحجوم واحدة وقد تبتلع البلعمات الكريات الحمر وقد تكون النواة صغيرة بالنسبة الى الهيولى كما في المتحول . غير ان الامر الفارق هو كون نواة البلعمات اكبر من نواة المتحول واقل انتظاماً واستدارة . وتلوين الخلية يفضح الامر اذ تعرف صفات النواة

الخلايا البشرية «الابيثاليالية» : قد تشابه بعض خلايا الشرج التي تصادف في النجو وبعض خلايا الفم البشرية وخلايا جهازي البول والتنفس في بعض الاحيان المتحول بحجمها غير ان التلوين يجلو الامر

الحلم :«الحيوانات الابتدائية »:قد تشابه بعض ذوات السوط (flagellés) المعوية والفموية او المثانية كالدويبات المشعرة (trichomonas) المتحول متى زالت استطالاتها غير ان حركة هـذه الاستطالات تموجية مختلفة عن حركة المتحول السابحة وقياسها لا يزيـد عن ٧ — ١٥ ميكروناً وبناء نواها مختلف عن بناء نواة المتحول والتلوين يساعـد على تمييز النوعين .

ويجب بعد ان تبين لنا ان العنصر المفحوص متحول اثبات كونه متحوليا

زحارياً لان هناك عدا المتحولات الزحارية متحولات لثوية قد تشاهد في القشاعات . ويختلف هذا المتحول عن الزحاري بصغر حجمه قليلًا وباحتوائه في الغالب على نوى كريات بيض آخذ بهضمها وهو بالع للدم . غير ان الفحص بدون تلوين يظهر فقدان الصباغ الخضابي في العناصر المهضومة والتلوين بطريقة رومانوسكي يظهر ان العناصر المدرجة ولعة بالاساس وليس بالحامض كالكريات الحمر ويجب في كل حال فحص الفم والبحث عن المتحولات اللثوية فيه

وليس شفاء بعض المرضى بالامتين دليلًا قاطعاً على طبيعة امراضهم المتحولية لانه ثبت ان الامتين نافع في النزلات ونفث الدم وفي التهاب القصبات الحاد او الخطر او النتن وفي خراجات الرئة غير المتحولية ومواتها والدليل القاطع على كون المتحولات سبب الامراض المذكورة هو كشفها وهذا لم يتم حتى الآن بصورة لا تقبل الجدل والشك فلا يعقل والحالة هذه ان نعد داء المتحولات مرضاً عاماً وان الزحار احد مظاهره بل يجب ان تبقى الفرضية القديمة ثابتة وهي كون داء المتحولات معوياً قد ينتقل الى اعضاء اخرى بالملامسة او بالانتشار المجاور او بالانتقال .

❀ ❀ ❀

مشاهد داء المتحولات المزمن ومعالجته

ASPECT ET TRAITEMENT DE L'AMBEIASE CHRONIQUE

ملخصة عن مقالة للدكتورين أوري وغودار

بقلم الدكتور شوكت موفق الشطي

يقول رافو (Ravaut) ان داء المتحولات منتشر انتشاراً عظيماً ويجدر بالاطباء ان يفكروا في كل شخص مصاب بالتهاب المعى او الكباد ولو لم يغادر فرنسة ولم تسبق اصابته بعوارض زحارية ولم يشاهد في برازه متحولات او غلف وينبغي ان يعالج معالجة تجربية « هذا ما يقوله رافو عن البلاد الفرنسية التي لم يعرف الزحار فيها قبل الحرب ولا يلائم اقليمها المتحولات فما قوله في بلاد كسورية موبؤة منذ القديم والوسائط الصحية فيها مفقودة » ومن الخطإ جعل كلمة الزحار مرادفة لداء المتحولات لان الزحار احد مظاهر الداء المذكور ولا يبدو في الحالات المزمنة الا نادراً .

ولا يخفى ما لداء المتحولات من المظاهر الكبدية والرئوية والكلوية غير اننا نبحث اولاً عن الشكل المعوي المزمن .

يبدو داء المتحولات المزمن في الغالب بشكل التهاب القولون المزمن الذي يمتاز عن التهاب القولون العادي بسببه الطفيلي ، وبالاثارة الداخلية وبمعالجاته

الاسباب : يقسم المرضى اربع زمر : ١ — مرضى اصيبوا بالزحار وعولجوا ٢ — مرضى قاطنون لبلاد موبؤة ٣ — مرضى لم يسكنوا بلاداً موبؤة بل كانت لهم صلة بسكان تلك البلاد ٤ — مرضى لم يصابوا في سابق حياتهم بما

يحمل الطبيب على الشك في الزحار غير ان المخبر او الاثارة الداخلية او المعالجة الاختبارية ابدت الاصابة .

ويظهر ان مرضى الزمرة الرابعة كثيرون تتم العدوى فيهم بتجرع المتحول المنتقل الى الماء بالايدي الملوثة او الى الاثمار او الما كل والمشارب . ويظهر ان كثيراً من حملة الطفيليات لا تظهر فيهم اعراض زحارية مطلقاً او انها تظهر بعد عهد طويل ويذكر اوري وغودار حادثة مريض لم يشخص مرضه الا بالفحص المجهري وبعد اثنتي عشرة سنة وكذا مريض آخر حمل المتحولات سبع سنين من دون ان تبدو فيه اقل العلامات . ويبذر حملة الجراثيم غلف هذا الداء فينشرونه في كل مكان مع انهم خلو من اعراضه

الاعراض : يبدو الزحار باعراضه المعروفة فلا حاجة الى ذكرها اما اعراض داء المتحولات المعوي المزمن (التهاب القولون المتحولي المزمن او الخفي) فخفية وغامضة ولا يشكو المرضى سريرياً تناذراً زحارياً مطلقاً بل :

١ — اعراضاً معوية تتصف باحدى العلامات الآتية

أ — اسهالات مستعصية معتدلة الكمية ولكنها مستمرة .

ب — اسهالات غير منتظمة تقع بعد الطعام، قولنجات او الشدادات معوية

ج — امساكاً وذرباً متعاقبين والتهاب الشرج الجاف

ه — قبضاً مستعصياً وآلاماً في الحفرة الحرقفية وفي اسفل البطن

وقد يظهر لدى الفحص قرقرة (gargouillement) اعورية او صلابة قولونية او يكون البطن طبيعياً في الغالب

٢ — اعراضاً معدية وكبدية تختلف من عسر هضم بسيط حتى الحزة

الشترسوفية والعصابات الشمسية ، وألم الكبد البسيط ، والكبد المحدودبة واليرقان الخفيف وعلامات قصور الكبد الخفيفة

٣ — الاعراض العامة : فاقة دم ، نحول . حمى لا نظام لها ، وعكة ، صداع ، قمه ، نهكة عصبية اغذية (asthénie neuro-endocrinienne) ، نهكة روحية خفيفة

انارة الشرج : يختلف المنظر من غشاء مخاطي طبيعي الى بشرة مستورة باغشية خناقية الشكل تعد علامة واسمة (pathognomonique) ولما كانت آفات البشرة الشرجية قليلة وجب تحريها بدقة زائدة وهي تبيغ (hyperémie) او احتقان (ركود الدم) يجعل لون الغشاء المخاطي وسطحه موذماً وقد تكون البشرة في بعض المناطق ملساء لامعة وصدفية .

وقد يرى الغشاء المخاطي شاحباً وعليه نقاط نزفية وارتسامات وعائية او قروح صغيرة قليلة العمق . خناقية الشكل او ندب قروح سابقة . وتدل السحائب الندبية الملساء المبيضة على قروح مندملة وقد لا يبدو اثر في البشرة على الرغم من حمل المريض للمتحولات

فحص النجو : البراز كأنه مفرغ في قالب ، دودي او مخاطي قليلاً في السطح وقد يكون البراز مخاطيا مدمى او نزفياً او سائلاً كما في الذرب . ويقول بعض المرضى ان نجوهم شبيه بمسحوق البطاطا او كخثي البقر

ويجب ان يكون النجو المراد فحص المتحولات فيه حديثا وان يتبرزه المريض في المخبر ان امكن وان يكرر الفحص مراراً ، وان يعطى المريض مسهلاً اذا كان يشكو القبض لان الغلف لا تظهر في نجو الممسكين الا قليلاً

ويجب ان يكرر البحث عن الغلف مراراً اذ قد تعتري المريض فترات لا يحوي نجوه فيها غلفاً .

ويستنتج من هذا الفحص احد الامور الآتية :

١ — قد تكون الفحوص الطفيلية والمنظارية ايجابيــة فتشخيص داء المتحولات قطعي حينئذ

٢ — قد يكون الفحص الطفيلي ايجابيا وهذا كاف لوضع التشخيص الاكيد ايضا .

٣— الفحص الطفيلي سلبي غير ان الآفات الشرجية موجودة واستذكارات المريض والمداواة التجربية تكون كافية لوضع التشخيص والتمييز ما بين التهاب القولون والشرج المتحولي والتهاب القولون والشرج النزفي .

٤ — اذا كان الفحصان الطفيلي والشعاعي سلبيين فالمداواة التجربية تعين التشخيص ولا يكون التشخيص قطعيا لان هذه المعالجة قد تفيد في التهابات القولون والشرج غير الزحارية ايضا

المعالجة : دقيقة ومديدة تستمر اشهراً وسنوات وتفصل بفترات مدتها بضعة ايام او بضعة اسابيع لان المتحولات تقاوم وتتكيس ثم تعود الى الظهور فيجدر بالطبيب ان يعالجها بدون انقطاع

يعالج داء المتحولات بثلاثة ادوية تستعمل معا او كل منها على انفراد.

١ — عرق الذهب ومشتقاته

٢ — الادوية الزرنيخية

٣ — الادوية الايودية

١ — عرق الذهب ومشتقاته : يعطى الامتين بمقدار ٠،٠٣ — ٠،٠٤ كل يوم بضعة ايام وهو افضل الادوية في النوب الحادة . غير انه لا يجوز الالتجاء اليه الا اذا خابت المعالجة بالادوية الاخرى او كانت الحالة تقتضي الاسراع ولنحذر من استعماله بطريق الوريد على الرغم من قول اغي في مؤتمر القاهرة بانه استعمل الطريق الوريدي الافاً من المرات ولم يقع طارىء

يستعمل الامتين في الحالات الشديدة بمقدار ٠،٠٨ على مرتين في اليوم . ومن الافضل اشراكه بالزيت المكوفر منعا لنهك القلب والعروق وكذا معجون رافو (Ravaut) (مسحوق الفحم، تحت ازوتاة البزموت شراب ، غليسرين من كلٍ مائة غرام، مسحوق عرق الذهب ٤ غرامات) فانه مفيد جداً في الحالات المزمنة واما حبوب سغوند (Segond) (مسحوق عرق الذهب ٠،٠٥ زئبق حلو «كالومل» ٠،٠٢ خلاصة الافيون ٠،٠١) فنافعة ايضاً ، لقد ترك معجون رافو مع انه علاج لا محاذير منه سوى بعض الغثيان في الاشداء التنبه ويحسن اشراكه بالستوفرسول وقد اعتدنا ان نصفه حسب الترتيب الآتي (يعطى المريض طيلة اربعة اسابيع في كل يومين حبتين على الريق صباحاً ويعطى في اليومين الآخرين ٣—٤ ملاعق قهوة من معجون رافو)

٢ — الزرنيخ يستعمل الستوفرسول او النوفوآرسنوبنزول متى خاب العلاج المذكور . ويجب في هذه الحالة مراقبة الكبد مراقبة جدية . وقد ركبت ادوية كثيرة من السلسلة الزرنيخية كالنرسنول (narsénol) والسنلويول (sanluol) والتربرسول وتستعمل هـذه الادوية بطريق الهضم ويوصف الاستيلرسان (acétylarsan) حقناً

٣ – المركبات الايودية في مقدمتها الياترن (yatrène) ويودور الامتين والبزموت المضاعف . ويقول رافو باستعمال محلول اللوغول (solution de Lugol) . يستعمل الياتران حبوباً ومسحوقا وفي برشامات وحقنا بشكل محلول نسبته $\frac{١ — ٢ — ٣}{١٠٠}$ وهوملين وقاتل للطفيليات

يؤثر الياتران كمفرغ للبلغم فتنجم منه اسهالات غزيرة تسكن بقليل من اللودنم او صبغة الافيون او الكاولين . وقد لاحظنا ان الياتران لا يحدث لينا الا في المستعدين لان المصابين بالقبض لا يتأثرون منه ولو اخذوا مقادير كبيرة . والافضل ان تعطى مقادير صغيرة ثم تزاد حسب طاقة المريض

اما في الاولاد فيستعمل السولفارسنول (sulfarsénol) والاستيلرسان (acélytarsan) والامتين (سنتغرام لكل سنة من العمر) والريفانول والريفانولت والياتران

وذكرت ايضا علاجات اخرى كالكرشي (Kurchi)(خلاصة قشوره) وهو نافع بقدر الامتين

والاورومتين (aurométine) والاميبيازين (amibiasine) (خلاصة الغارسينيا) (garcinia) وهو قاتل للطفيليات ومضاد للاسهال والبانزومترا كرازول (benzométracrésol) في داء شعريات الرأس (tricocéphalose) المشارك لداء المتحولات

والخسام (El-kho-sam) والسيماروبا وغيرهما ويجب ايضا معالجة الحالة العامة بالراحة وبالاغذية والامتناع عن الاغذية غير المطبوخة ويجب ان يقطن المريض في الصيف الاماكن الباردة والمرتفعة

كتب حديثة

١ — على بساط الريح :

اهدى الى خزانة جامعتنا السورية صديقنا المؤرخ الاستاذ عيسى اسكندر المعلوف هذه التحفة النادرة فرغبنا في ان يكون تقريظها لائقاً بمقامها الادبي ورجونا من السيد انور العطار شاعر شباب دمشق الرقيق ان يقول كلمة فيها فاذا بتقريظه تحفة في النقد نادرة واذا بروحه الشعرية تناجي روح فوزي الطائرة في فضاء الابدية فنحن نشكر للمهدي الكريم هديته الثمينة وللمقرظ المبدع آياته الساحرات

« المجلة »

«... وفوزي معلوف استطاع بفن عجيب ان يعتقل في قفص اياته الذهبي ، الطائر العربي النادر . طائر ذو ريش من المخمل الناعم الاسحم ومنقار من الصوان وعينين من العقيق وقد فقأ مقلتيه كما تفقأ مقلتا البلبل ليزداد شجوه شجوا وترديده عذوبة .»

(فرنسيسكو فيلاسباسا)

* * *

على بساط الريح او « شاعر في طيارة » قصيدة علوية ذات اربعة عشر نشيداً وقّعها على رباب الفلك الشاعر الشاب فوزي المعلوف فجاءت نغمة سماوية مطلعها السّحر ومقطعها الفتون وهي تمثل غيبوبة شعرية عجيبة حملت صاحبها الى معارج السماء فتفتّحت روحه هناك على الجمال الرائع والجلال المهيب كما تتفتّح ازرار الورد في حقول الربيع فتترع الجواء عبقاً وعطراً .

وتظهر لك هذه القصيدة العريقة في الفن ما لناسجها من قوة في المخيلة ، ودراية في الاسلوب ، وتصرّف في شعاب القول ونواحيه ، وهذه هبة من هبات آلهة الشعر تدلّ على ما لصاحبها من خيالٍ مبدع وسحرٍ عجيب ، وتمحو من امام عينيك صورة هذا العالم وما فيه من ضجيج الشر وصخب الاثم ، ثم تنقلك الى عالم وادع هادىء عناصره الرحمة

والحب والجمال ، فتحس كأنما انت غائب عنك وكأنما هذه النقلة الساحية نزعت منك كل الاهواء والآثام وطبعتك بطابع الفضيلة وحب الخير ومثل هـذا الخيال المبدع قادر على ان يرينا مثل الانسانية الأعلى ويحببنا به . واقدس واجب على الشاعر وهو رسول الانسانية في هذه الحياة ان يرسم لنا صورها ومناهجها باسلوب محبب يضم في حواشيه المعنى القويم يعضده اللفظ الساحر .

ويلوح لك وانت تقرأ هذه القصيدة الغنائية ان لا يد للشاعر في صنعها وانما هي من عمل الوحي وصنع الالهام وليست هذه الفكرة بالطائشة لانهذه الصفة النادرة تنفرد بها طائفة العبقريين وأبناء الفنون .

فلقد كتب (جوت Gœthe) الشاعر الالماني الخالد ، كتابه الفرد « آلام فرتر : (les souffrances du jeune Werther) وهو في شبه غيبوبة فلما رجع الى مسوداته وهو في تمام وعيه أخذته الروعة فانبهر من آيات الفن التي ألفاها بين يديه .

ولقد كان (ولترسكوت : Walter Scott) يستفيق مع الفجر فيلمح اوراقاً مبثوثة على سريره قدانتقشت عليها قطع شعرية هي ابدع ما جادت به قريحته ولكنه لم يكن ليعلم من اين اتته ولا كيف جاءته .

هذه هي سعادة الفن ومن هنا انحدرت الى القلوب قداسته والشعور بعظمته .

والفرق بين ابن الفن الحقيقي وابن الفن المصطنع ان الاول يرضي الآلهة ولكن الثاني يرضي سواد الناس ، ذلك صنيعة وحيه وهذا من عمل غيره ، ولذلك نرى الزمن يحمل إرث الاول بحرص وامانة ويسلم وديعته الخالدة من جيل الى جيل ، ولن يحرص الزمن على شيء لم يكن من عمل الفن .

أجل ، انك لتقرأ هذه القصيدة فتحس كأنما هذا الشاعر أخذ بيدك وطار بك حيث يطير وأراك ما يرى وجعلك تشعر بما يشعر ، وهذا هو البيان بعينه، ولكنك بعد هذا كله تضطرب إشفاقاً على هذا الشاعر وتنسى نفسك وما يساورها من ألم ثم تبكي بكاءً مراً لان هذا الشاعر ينبئك وهو في حومانه الروحي بموته العاجل وهو في زهو شبابه وربيع امانيه فتضطرب وتشعر بالوحشة القاسية تحز في قلبك وتعتصر نفسك ثم تبكي حظ هذا الشاعر وتندب أمله الذي ما تألقت زهرته حتى ذبلت وتناثرت غلائلها وطاحت في هوة الفناء وظلمة العدم .

فاستمع الى الشاعر وهو يقص عليك آخر حلمه ويحدثك عن وقفته بقلب السماء مع عروس اشعاره يتملّيان من قبل التوديع وضمّات الفراق قبل ان ينتهي هذا الحلم القصير فتنتهي به حياته وتعود روحه المثقلة بالهمّ والعذاب الى قفصها الهيولي .

موقف لا يمثل الفكر أبهى منه ، في نومه وفي يقظاته
إذ جلسنا على بساط من السحـ ـب يفوح الغرام من جنباته
والنسيم العليل فوق لظى انـ ـفاسنا ، ساكب ندى نفثاته
وعذارى الارواح تنشد من بعـ ـد بصوت ، الله في نبراته !
رافقته قيثارة الحب فانسلّ أنين الأوتار في نغماته
فانتقلنا الى فضاء من البحـ ـران ، هاروت فيه بعض حماته
وملأنا من لفح قبلاتنا الجوّ فعادت بالنفخ من قبلاته
ثم قمنا نجيل في الكون أبصاراً أرتنا منه حقيقة ذاته
ننظر الناس من علٍ مثلما تنظر نملاً يمشي الى غزواته

وهنا ينتهي الحلم فيستفيق الشاعر منه حزيناً حريباً وهو لا يملك نفسه من التحسّر والتلهف على تلك الدقائق الساحرة التي مرّت في خضمّ من الخلود ثم تقرأ خاتمة القصيدة بصوت يكاد يزحم سبياه الدمع فتدرك نهاية الشاعر المحزنة فتقف عن القراءة ولكن شفتيك لا تزالان تردّدان هذين البيتين :

وإذا بي أهوي الى الارض وحدي بعد حريتي أكابد رقّا
تركتني روحي وعادت لمأوا ها تشقّ الشعاع في الجوّ شقّا

ثم يستقلّ الشاعر أجنحة الابد ، ويغيب في سجوف الغيب كما يقشع حجب الموت الداجية ويبحث عن النسيان الابدي والسلوّ العميق .

❀ ❀ ❀

انحدر شاعرنا الشاب الى الوجود من أسرة عريقة في العلم والادب ، وأطلّ على العالم من كوّة مدينته الشعرية (زحلة) عروس لبنان ومهبط السحر والالهام ، وهناك اخذت تتفتح طفولته الحالمة على حب الطبيعة والاصغاء الى خوالجها ومواجّها فكان حظه من الطبيعة اقرب ما يكون الى حظ (جان جاك روسّو : Jean-Jaques Rousseau) منها فهام بها هياماً ملحاً واقتبس منها كل رائق وجميل .

ولما ترعرع قصد الى بيروت وتثقّف في جامعة راقية من جامعاتها ثم سرت اليه عدوى المهاجرة التي خلقتها الحرب وما تلده من ويل وشؤم، فابحر الى العالم الجديد وهناك من حجاب الغيب كان ينظر الى وطنه النائم على قدمي الشرق فيتحرّق شوقاً اليه، وتلتمع في ذاكرته المتوقدة صور طفولته وألوان صباه فيكاد يسجد امام الارز الخالد ويعانق صنّين الشيخ ويقبّل سهل البقاع الموشّى بما في الف ليلة وليلة من اصبغةوالوان وأخيلة وصور، ويتذكر شروق الشمس وغروبها وعودة القطيع يسير على هدهدة الناي الساحرة التي تبعثها صافية عذبة أنفاس الرعاة الملتهبة بالحب، فكانت هذه الذكريات القاسية التي توحيها اليه الغربة كافية وحدها لان تخلق من روحه العالية شاعراً خالداً، خصب المخيلة، طويل النفس، فألف هناك في المهجر إضمامة ادبية هي من اروع الفن واسماه وله غير قصيدته الكبرى (على بساط الريح) وغير مأساته الباكية التمثيلية التي انتزع عنوانها من الاندلس الحبيبة واسماها (سقوط غرناطة) اربعة دواوين شعرية فذّة وهي: «شعلة العذاب» و «تأوهات الروح» و «اغاني الاندلس» و «من قلب السماء» وستخلد هذه الكتب من ناحيتين بارزتين غميستين في الفن وهما ناحية المعنى وناحية اللفظ اللتان ما اجتمعتا لأديب الا كفلت له الحياة التي لا تلمّ بها الغير ولا يلحقها الفناء.

ويعدّ موت هذا الشاعر خسارة على الادب العربي لانه اقوى شعراء الشباب مخيلة وانصعهم ديباجة واقدرهم على تصوير ما يحسه في عالمه النفسي الصغير الذي هو صورة مقتضبة لهذا العالم الكبير وما يتألق فيه من حياة واشراق. كل ذلك بلغة نقية عذبة تدل على تضلّع صاحبها منها، ويمتّ فوزي المعلوف بأدبه الى (المذهب الابداعي: - le romantisme) وهو من مؤسسي المدرسة الادبية الجديدة التي اخذت تعيد للادب العربي زهوه ومجده.

ولفوزي المعلوف وقوف على اللغة الاسبانية وآدابها وقد انتزع من تاريخها الادبي مغذّاته التمثيلية المؤثرة وقد اشتدت آصرة المودة بينه وبين المستشرق الاسباني والشاعر الكبير (فرنسيسكو فيلاسباسا) وقد كشفت لههذه الصداقة عن عبقرية فوزي ونبوغه فتعلّق به ونقل قصيدته الكبرى على بساط الريح الى اللغة الاسبانية وجعلها فاتحة لحب جديد أخذ ينمو بين العرب والاسبان

عاش شاعرنا الشاب تسعاً وعشرين سنة ومات في ضحوة العمر كما مات الشاعر العربي الشاب

(طرفة بن العبد) وفي نفسه من العطر والحب والحياة والنور ما في حدائق الشرق المسحورة منها . على انه كثيراً ما أشار في اشعاره الى شبح الموت الذي ينتظره ولقد صحّت نبوءته عن هذا الموت العاجل كما صحّت نبوءة (الفرد دوموسّه) الشاعر الفرنسي عن موته، ولعلّ لبنان معيد الى ارض الوطن الغالية المقدسة رفات هذا الشاعر الذي ولد وعاش ومات كفراشة في خميلة ما نقشت احلامها على جناحيها حتى تخاطفتهما الريح وحملتهما الى دياجر الفناء

وفي التاسع عشر من شهر تشرين الثاني سنة ١٩٢٩ أُصيب فوزي بوجع مذيب نقل على اثره الى احد مستشفيات مدينة (ريودي جانيرو) وأُجريت له عملية جراحية لم تمهله اكثر من ثمانية واربعين يوماً وهو في صراع شديد بين الموت والحياة حتى تمت الغلبة للموت في اليوم السابع من عام ١٩٣٠

أجل ، ان فوزي لم يمت ولكنه نائم نوم الطمأنينة ، وتراب القبر ما انهال عليه الاّ ليفتح لروحه سبيلاً الى السماء لتوقّع اناشيدها التي لم تنتظم بعد مع الملائك .

قيمة الكتاب من ناحية الفن : وشاء القدر ان تزدان المكتبة العربية بتحفة ثمينة من تحف الفن النادرة تضافرت على خلقها المثل العليا فجاءت آية في الابداع .

وأحسب انني ذاهب كيما اقول لك ان هذا الكتاب شبيه بالكتب المقدسة والمكتبة العربية لم تحوِ بعد نظير هذه الكتب الفنية الغالية ، اذ لست قادراً على ان أُحدّثك عن روعة الكتاب وآيات الفن فيه ، فاقرأ الكتاب وادّخره فهو زينة في خزانة كتبك .

وكيف لا يكون هذا الكتاب من عمل الفن وحده وقد تسابق الى ابداعه اربعة من جهابذة الفن ، فالشعر كما تعلم من نظم الفقيد الغالي فوزي المعلوف . والمقدّمة بقلم الشاعر الاسباني الكبير حبيب الشرق (فرنسيسكو فيلاسباسا) ورموز القصائد للمصور الروسي (ألي إيجناتوفتش) ورموز العناوين للرسام البرازيلي (سبت)

. ولشدّ ما يحزنك ان تعلم ان هذا الشاعر الشاب لم ينعم بتأثير كتابه الجديد في ابناء قومه وغيرهم . ذلك لانه بينما كان جادّاً في اظهار هذا الكتاب الى الناس ، ولم يبق منه بلا طبع غير نشيدين اثنين ، اذ فاجأه الموت ، فاغمض عينيه وهو اشد ما يكون تعلقاً بالحياة ورغبة في بثّ ما يكنه صدره من سموّ الخيال وروعة الفن .

لقد كان فوزي شديد السخط على قيود المدنية ، ناقماً من جور شرائعها القاسية يشعر بحرّية روحه وقيود جسمه ويلمس بعداً شاسعاً بينهما فيكابد مرارة هذا البعد الذي يعذبه

ويقاقه لانهماما امتزجا الا ليتقاربا ، وهذا النشيد الذي اقاماليك يمثّل لك هذا الصراع :

انا عبد الحياة والموت أمشي مكرهاً من مهودها لقبوره
عبد ما ضمت الشرائع من جور يخطّ القويّ كل سطوره
بيراعٍ دم الضعيف له حبر ونوح المظلوم صوت صريره
أنا عبد القضاء تملأ نفسي رهبة من بشيره ونذيره
عبد مالي ، أحظى به بعد جهد فاذا بي أنوءُ من ثقل نيره
عبد حبي ، انزلته في فؤادي فكوى أضلعي بنار سعيره
انا في قبضة العبودية العمياء أعمى مسيّر بغروره
إنّ جسمي عبد لعقلي ، وعقلي عبد قلبي ، والقلب عبد شعوره
وشعوري عبد لحسي وحسي هو عبد الجمال ، يحيا بنوره
كلّ ما بي في الكون اعمى ومنقاد — على رغمه لأعمى نظيره
غير روحي فالشعر فكّ جناحيها — فطارت في الجوّ فوق نسوره
تنتحي عالَم الخلود ، لتحيا حرّةً بين روضه وغديره !!!

فاذا ما قدّر لمثل هذه الروح الحساسة الشاعرة ان تنجو من مثل هذه القيود الممضّة فقد فازت بكل ما وراء هذا الملكوت العجيب من السعادة الخالدة والأمل الذي لا يخامره يأس ، والهناء الذي لا يعكره شقاء .

ان كتاب (على بساط الريح) يمتاز برقة اللفظ وحسن التخيّل وفيه تطالع الجديد من المعنى يهيمن على القديم من اللفظ وتشعر بالحياة تتخلل شعابه في كل كلمة من كلماته وهنا تدرك معنى كلمة الشاعر الفرنسي (فكتور هيجو : Victor Hugo) «إنّ كل كلمة تعرفها ان هي إلاّ حي يعيش »

وارى ان فوزي المعلوف شديد التعلق بوصية الشاعر الفرنسي (أندره شينيه : André Chénier) حيث يقول : « لننظم الافكار الجديدة في الاشعار القديمة » ويقصد بذلك الى صون اللغة وحراستها حتى لا تمّحي الفاظها من أخيلة ابنائها لانها وحدها الميراث المقدس الذي تبني عليه كل امة أملها ومجدها .

فاندره شينيه يريد صون معجبات اللغة وهو يعلم انها أغلفة الفكر حتى لا يخدر اليها الريب والشك . ويريد من ابناء أمّته ان يخلقوا من هذه الالفاظ الجميلة الساحرة كل

شيء يحسونه ويشعرون به على ان يبقى هذا الميراث الفخم معزّزاً بالافكار الجديدة والأُخيلة الطريفة وهذه الصفة وحدها هي التي سمت بالاديب الفرنسي الكبير (اناتول فرانس : Anatole France) وجعلته من الخالدين .

أجل ، ليس يخلّد الفكرة الجميلة غير اللفظ الجميل ، وشاعرنا البحتري يقول :

واللفظ حلي المعنى وليس يريـ ـــ ـك الصفر حسناً يريكه ذهبه

❀ ❀ ❀

رحم الله شاعرنا الشاب ، وألهم اباه الاستاذ عيسى اسكندر المعلوف الصبر وكان لهذه الامة المفجوعة خير مؤيد ومعين

انور العطار

٢ — رسالة الطب العربي

كراس يقع في ٤٣ صفحة بقطع الثمن لمؤلفه الدكتور زكي علي طبيب بمستشفى قصر العيني متقن الطبع صقيل الورق مزين برسم الرازي وابن سينا جاء فيه مؤلفه النطاسي الاديب على ذكر الحضارة العربية ولا سيما الطب في صدر الاسلام وما كان لهذه الحضارة من التأثير في حضارة الغرب الحاضرة ثم تكلم عن مصادر الطب العربي فذكر مدرسة جنديسابور التي تعلم فيها الحارث بن كلدة اول طبيب عربي وعن العصر الذهبي وهو القرن الاول للدولة العباسية وعن مشاهير المترجمين فذكر يوحنا بن ماسويه وحنين ابن اسحق وعيسى بن علي وتكلم بعدئذٍ عن مشاهير الاطباء فذكر جابراً بن حيّان الكيماوي وابا يوسف يعقوب بن اسحق الكندي الفيلسوف المشهور وعلياً بن رين مؤلف «فردوس الحكمة» وابا بكر محمد بن زكريا الرازي ذلك النجم اللامع والمؤلف المدقق الذي وضع ٢٣٢ مؤلفاً في الطب وعلياً بن عباس المجوسي والرئيس ابن سينا الذي عمت شهرته ارجاء العالم ولا يزال قانونه فخراً للعرب وعاد الى مشاهير الاطباء في الاندلس فذكر ابا القاسم الزهراوي مؤلف «التصريف» وابن زهر وابن رشد وموسى بن ميمون وابن البيطار وذكر المستشفيات العربية

وعبارة الرسالة متقنة صحيحة وابحاثها مختصرة ولم يذكر المؤلف بين المراجع «تاريخ الطب عند العرب» للمؤرخ العلامة عيسى اسكندر المعلوف. فنحن نشكر لزميلنا الاديب هديته الثمينة .

الجزء ١٠ المجلد ٨

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في كانون الاول سنة ١٩٣١ م الموافق لرجب سنة ١٣٥٠

مرض لائو بويرجه في فتاة مسلمة

للاطباء

ترابو استاذ السريريات الطبية — شوكة موفق الشطي استاذ التشريح المرضي

عزة مريدن الطبيب الداخلي

في معهد الطب بدمشق

ان مرض لائو بويرجي نادر يصادف عادة في يهود اوروبا الوسطى وقد كنا نؤمل ان نراه في يهود فلسطين بعد ان قدموا اليها من ديار الغرب ساعين وراء تحقيق حلمهم الذهبي الا وهو الوطن القومي وعلى عكس ما كنا نظنه فقد صادفنا المشاهدة الاولى منه في فتاة مسلمة، فاثبتناها لندرة المرض واختلاف الاراء في سببه .

ف . . . بنت مصطفى سورية عربية مسلمة عمرها عشرون سنة من يبرود ، دخلت مستشفى المعهد الطبي الدمشقي في ١٦ كانون الاول من السنة ١٩٣٠ شاكية اضطرابات اغتذائية في اليدين والقدمين ، ظهرت منذ اربع سنوات وقد بدأ مرضها بنمل (١) في اصابع

(١) نمل من باب فرح خدر

اليدين والقدمين وحس احتراق لم يلبثا ان استحالا آلاماً اخذت تشتد شيئاً فشيئاً . ولاسيا في اثناء الحركة وفي الليل. وقد شاهدت المريضة منذ شهر ازرقاقاً في خنصر يدها اليمنى امتد الى البنصر المجاور فالوسطى وظهرت ايضاً في الاصبع الوسطى من اليد اليسرى اضطرابات اغتذائية مشابهة لاضطرابات اليد اليمنى .

وبدت في اصبع القدم اليمنى الصغيرة لويحات موات . ثم اخذت هذه الاضطرابات تزداد في كل ناحية

وبدت بالمشهد التالي :

اليد اليمنى — تفحم الاصابع الثلاث الاخيرة — ازرقاق الابهام والسبابة

اليد اليسرى — تفحم الخنصر والوسطى والسبابة حتى المفصل السلامي ، ازرقاق البنصر والابهام .

القدم اليمنى — غنغرينا الاصابع الاربع الاولى .

القدم اليسرى — ازرقاق الاصبع الكبيرة مع بعض لويحات زرقاء في الاصبع الثانية .

وفحصت المريضة فحصاً عاماً فشوهد ما يلي : الرئتان طبيعيتان ، القلب دقاته سريعة (١٠٤) وليس فيها ما يدل على مرضه ، الكبد ليست مؤلمة وحجمها طبيعي ، الطحال لا يشعر به بالقرع ، الجملة العصبية سالمة ، الحس مفقود في النواحي الميتة وناقص في ما يجاورها

البزل القطني : استخرج سائلا صافياً انصب قطرة قطرة فيه ٢٠,سغ آحين (البومين) و٣٠,. سنتغم سكر وخلية واحدة في الملم ٣ ، واما تفاعل الجاوي الغروي وواسرمان فسلبيان ، الصيغة الكروية وعدد الكريات طبيعيان ، السكر الدموي ٠,٩٠ سنتغم واما شحم المرة (كولسترين) ٤,٣٠ غراماً (الاستاذ الجندي)

وليس في البول سكر ولا آحين ولا اجسام خلونية (c. acétoniques) ولا ملاح ولا حوامض صفراوية ولا صفراوين البول (urobiline) ولا اسطوانات بل بعض النبلة والسكاتول وكثير من بلورات حماضات الكلس .

ولم يكشف رسم اليدين والقدمين الشعاعي آفة عظمية ظاهرة بل شوهد ان سلاميات الاصابع التي اصابها الموات ادق من غيرها قليلا (الاستاذ طاهر بك) .

وقد استنتجنا من استقراء حال المريضة انها مع كونها مسلمة كانت تستعمل نحواً من ثلثي الالتر من الخمر يومياً منذ ثلاث سنوات املاً بتقوية بنيتها الضعيفة ، وقد اصابتها نوب بردائية (ملاريا) في اوقات مختلفة لانها تقطن بيئة موبوءة بالبرداء ، واما فحص الدم فلم يكشف لنا شيئاً من الحيوينات الدموية، واعترتها في ماضيها قولنجات كبدية كانت ترافقها او تتلوها هجمات يرقانية ، وليس فيهما يدل على زهري ارثي او اضواء (consan- guinité) وقد انقطع طمثها منذ ستة اشهر .

سار مرضها في المستشفى سيراً سريعاً فانتشر اللون الادكن انتشاراً سريعاً مشولياً على القدمين والساقين فالساعدين وظهر الازرقاق والغنغرينا في ذروة الانف وفصيص الاذن اليمنى واحتفرت الخشكريشات (escarres) الناحية العجزية والعقبين والمدورين الكبيرين (التروخنتارين) والمرفقين على الرغم من الحيطة الشديدة والمعالجة الصارمة (بالآستيل كولين والآنسولين، والساتونين، ولميموناة الصوده ، والمداواة التجربية النوعية) ، ولم تتمكن من تتبع سير التهاب الشرايين الساد المضاعف بواسطة مقياس الضغط الشرياني لفاكز لوبري مدة طويلة كما ان مقياس الاهتزاز لـ (باشون) لم يعطِ ارقاماً واضحة بسبب ضعف الاهتزازات واليك نتائج القياس :

		الاقصى	الادنى
الساعد الايمن	٢٠ كانون الاول	١٣	١٠
	٢٥ « «	١٠	٧
	٢٨ « «	٨	٦
	٢٩ « «	٨	٤
	٣٠ القياس مستصعب لان الكم كان يحدث آلاماً لا تحتملها المريضة		
الساعد الايسر	٢٠ كانون الاول	١٠,٥	٧
	٢٥ « «	١٠,٥	٧
	٢٨ « «	٨	٥
	٢٩ « «	٨	٤
	٣٠ « «	٨	؟
الساق اليمنى	٢٠ كانون الاول	١٢	٨

	٢٢ كانون الاول	١١	٦
	٢٥ » »	١٠	٥
	٢٨ » »	١٠	٤
	٣٠ » »	٨	؟
الساق اليسرى	٢٠ كانون الاول	١٢	٨
	٢٢ » »	١١	٦
	٢٥ » »	١٠	٥
	٢٨ » »	١٠	٤
	٢٩ » »	٨	؟

ولم تعد المريضة تحتمل الالم الذي يحدثه ضغط الكم اعتباراً من ٣٠ كانون الاول فاذا تأملنا في القداد (الجدول)السابق تبين لنا أن التوتر الدموي هبط سريعاً كما لو كان الدوران الدموي العام اوصد بصنبور يزداد انغلاقه يوماً فيوماً .

واما اللويحات الزرق فقد تضاعفت وعمت الاطراف حتى بلغت الركبتين والمرفقين وسقطت ذروة الانف وماتت المريضة في ٢٣ كانون الثاني

لم نشك مطلقاً في تشخيص مرض لائوبوبرجه ، لان الالتباس لا يقع الا بغنغرينا النهايات المتناظرة التالية لتناذر (رنو) اذ قد ينتهي هذا المرض في دوره الاخير بالمشهد السريري نفسه ، غير ان العامل الإمراضي (pathogénique) مختلف كل الاختلاف، فان السير الاشتدادي يميز تناذر (رنو)عن داء لئوبوبرجه مع ان المرض في مريضتنا اخذ يزداد تدريجياً دون ان يسير سيراً فجائياً او تظهر نوب غشي او اختناق موضعيين ، بل ان سير الآفات كان بطيئاً وتدريجياً كما يقع في الحالات التي تحدثها التهابات الشرايين وان التحليل الذي ابان زيادة خفيفة جداً في سكر الدم وزيادة كبيرة في شحم المرة (الكولسترين) لدليل واضح على ما نريد اثباته .

ان الغنغرينات التي اكتشفها حديثا الاطباء الروس والتي يعود سببها الى الشقاء والمجاعة بعد الحرب ، تنتج من اسباب خاصة لا دخل لها في حادثتنا . واذا تأملنا في قصة مريضتنا رأينا انها تمتاز بصفات جديرة بالذكر :

١ — ازدياد شحم المرة الدموي وبلوغه ٤،٣٠ مع انه لم يذكر في المشاهدات المثبتة حتى اليوم اكثر من ٢,١٧ سنتغراما — ٣,٤٨ سنتغراما ،

٢ — المريضة مسلمة لا يهودية

٣ — خلوها من الزهري الارثي او المكتسب وكذا خلوها من الاضواء (consanguinité) ، مع انه شائع عند العرب جرياً على قواعدهم في الزواج ، فاذا دققنا في هذه المشاهدة جاز لنا ان نتهم السوابق البردائية واعتياد الاشربة الكحولية ، الذي على الرغم من خفته في مريضتنا يلعب دوراً مهماً في فتاة تحدرت من اصلاب قوم تمسكوا منذ القدم بتعاليم القرآن المجيدة المحرمة لاستعمال هذه الاشربة ، واذا اضيفت سوابقها هذه الى اعتبارات اخرى كان من ذلك ما يساعدنا على القول بإمراض (pathogénie) خاص مختلف كل الاختلاف عما ذكر حتى الآن .

ان تجاربنا الخاصة خلال السنوات التي قضيناها في البلاد الحارة ابانت لنا كثرة التهابات الشرايين السادة في الشرق بالنسبة الى ما هي عليه في اوروبة ولنعلم ايضا ان الكبد في المناطق الحارة هي اكثر الاعضاء تعرضا للاصابة بسبب البرداء وداء المتحولات (amibiase) والآفات المعدية المعوية المختلفة والكحول وغير ذلك من الاسباب التي تسطو رأسا على الغدة الصفراوية

اصيبت مريضتنا بالبرداء ، وكانت تستعمل الاشربة الكحولية وقد

اعترتها ، بازمنة مختلفة ، قولنجات كبدية مع يرقان خفيف ، وكشف تحليل الدم ٤،٣٠ غرامات من شحم المرة و ٠،٩٠ سنتغم من السكر

ولا يخفى ان ازدياد السكر امر مألوف في داءلئوبويرجه ، وان خلية الكبد تتداخل في تطور السكر وشحم المرة فلو فكرنا في ذلك واضفنا اليه ان في البول نيلة (indican) وسكاتولا لاتضح لنا خالل الوظيفة الترياقية ، ولجاز لنا ان نتساءل عما اذا كانت اضطرابات الكبد تشغل المقام الاول في مشاهدتنا .

ينكر غيوم وليان استقلال مرض لائوبويرجه ، ويدعيان ان الخواص التي يميز بها بعضهم استقلال هذا المرض تشاهد في جميع حادثات التهابات الشرايين السادة البكورة الشديدة فينفيان ذاتية هذا المرض ويجوز لنا حينئذ ان ندمج حادثتنا في زمرة الالتهابات الشريانية الناجمة من اضطراب وظيفة الكبد .

وقد تمكنا من تتبع الاستقصاء فوفقنا لدعم ما اتينا على ذكره بالفحص النسيجي وقد صعب علينا فتح الجثة كلها لاسباب عائلية فاكتفينا باخذ قطع من الكبد والمبيض والكليتين والشرايين المحيطية والرئتين وصبغنا المستحضرات النسيجية بالهماتئين مع الايوزين وبطريقة ملّوري (Mallory) وهذه هي نتائج فحصنا

الكبد حبال الكبد الخاوية مضمحلة في كثير من الساحات تبدو في خلايا الحجب الكبدية السليمة بعض السلامة حبيبات شحمية دقيقة مبعثرة اما النوى فغير مرئية او سيئة الاصطباغ. وآفات الحؤول الشحمي شديدة

في المناطق الواقعة في جوار وريد الباب . القنوات الصفراوية والاوردة سليمة ، الشرايين ملتهبة بطاناتها جميعها ، اعضادها متكثفة ولمعاتها (lumières) ضيقة وقد تبدو مسدودة، وريد ما فوق الكبد سليم

المبيضان: صلبان ويكاد لا يرى فيهما اثر يدل على نسيجهما لان عناصرهما قد تحولت الى نسيج ليفي واضمحل النسيج البشري فيهما . وقد اصيبت الشرايين بآفات تشابه الآفات التي طرأت على شرايين الكبد فهي ملتهبة ولمعاتها ضيقة ومنسدة في كثير من النقاط

الكليتان : شوهدت فيهما بعض سحائب ليفية ولم يطرأ على الانابيب المفرزة والمفرغة تحول جدير بالذكر وكذا كبب ملبيغي ، الشرايين مؤوفة ولكن تغيراتها اخف وطأة مما هي عليه في العضوين السابقين وقد شوهد تكاثر اندوتليالي في بعض مناطق الشرايين

الشرايين المحيطية : (الكعبري والعضدي والفخذي) ليست هذه الشرايين مسدودة ولا ضامرة غير ان اقمصتها متغيرة فالقميص الباطن متكثف بعض التكثف وخلاياه الاندوتليالية غير مسترسلة وقد تكاثرت في بعض النقاط

القميص المتوسط متسع نسيجه شبيه بالنسيج الليفي لان عناصره المرنة العضلية اصيبت بحؤول ليفي وقد زالت المحددة الباطنة من بعض النقاط ولم تعد منتظمة

الرئتان : سليمتان وقد شوهدت اسناخ ممتلئة بكريات قيح، القصبات سليمة والعروق الرئوية طبيعية .

ان هذا الفحص النسجي وان يكن ناقصا بالنسبة الى ما ذكرنا عن فتح

الجثة فهو يفيدنا فائدة جزيلة. وان مريضتنا التي لم يزد سكر الدم فيها الا قليلاً عن حده الطبيعي كانت مصابة بازدياد شحم الصفراء في الدم ازدياداً كبيراً حتى انه بلغ اربعة غرامات وثلاثين سنتغراما. وقد عرف منذ ابحاث باريزو وكورنيل ان ازدياد سكر الدم لا يكون الا في نصف تناذرات (syndromes) لئوبويرجه وهذا ما يفتح امامنا بابا للشك في امر الوظيفة الصفراوية وقد اثبت المجهر شدة الحؤول الشحمي في خلايا الكبد وانقطع طمث مريضتنا منذ بضعة اشهر وهذا يعلل لنا حؤول مبيضيها الليفي الكامل. ولا يخفى ان المبيض يشترك خلقيا بحفظ توازن شحم الصفراء الدموي ولا شك ان آفات الكبد والمبيض في مريضتنا سببت اختلال هذا التوازن وازدياد شحم الصفراء في الدم. غير ان تناذر لئوبويرجه هو مرض الرجال في الغالب وازدياد سكر الدم فيه اشهر من ازدياد شحم الصفراء الدموي واكثر تصادفا فلا غرو بعد ذلك في اتهام الكبد. ومهما يكن فان داء لئوبويرجه مسبب في الغالب من التهاب الشرايين العام ولا يكون هذا الالتهاب ساداً الا في الشعب الشريانية الصغيرة اما الشرايين الوسطى والكبيرة فتبقى لمعاتها مفتوحة

ولا شك ان التشنج يضيف فعله الى الآفات فينجم من ذلك كله انسداد العروق الوظيفي والغنغرينا ويتضح من ذلك مشابهة تناذر لئوبويرجه لتناذر رينو الذي قد يتمثل بمشهد سريري مشابه كل المشابهة لهذا المشهد من دون ان يصحبه ازدياد السكر وشحم الصفراء في الدم اللذين يميزان داء لئوبويرجه تميزاً خاصاً

❀❀❀

الجنابات القيحية

للدكتور لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

تقسم الجنابات القيحية الى حادة ومزمنة . فالجنابات الحادة قد تكون مرضية تالية لتعفن انصباب دموي غير انها في اكثر الاحيان مرضية وتقع في سياق آفة رئوية او في نهايتها : ذات الرئة التهاب القصبات والرئة ، النزلة الوافدة . فتتكون في جوار الآفة الرئوية تحت غشاء الجنب الحشوي خراجات صغيرة تنفتح بعدئذٍ في جوف غشاء الجنب وتعفنه . والعوامل المرضية هي المكورات العقدية (streptocoques) او العنقودية (staphylo-coques) او اللاهوائيات (anaéorobies) المتنوعة .

واذا ترك الجناب القيحي الحاد وشأنه افضى عادة الى الموت . وليس للجناب القيحي علامات اصغائية فعلينا متى شككنا في انصباب جنبي ومتى عادت الحرارة في نهاية ذات الرئة بعد ان تكون قد هبطت وبدت علامات تعفن عام مع حمى متموجة وعرق ونافض (frisson) ودعث (malaise) عام ان نتناول محقنة برافاز ونبزل الجنب بزلاً استقصائياً ونطلب ان يعاين الصديد معاينة جرثومية . ولا يكون هذا السائل الا كدراً بعض الكدر في البدء مع ان الجراثيم العفنة تكون عديدة فيه .

وبعد ان تمرّ عليه بضعة ايام يأخذ الصديد شكلاً صريحاً وقد يستدل

من منظره على طبيعته واندار الجناب والتوسط الجراحي. فاذا كان الصديد خاثراً مخضراً لا رائحة له كان في معظم الحالات ناشئاً من المكورة الرئوية (pneumocoque) واذا كان قليل التماسك ولا رائحة له كان مسبباً من المكورات العقدية او العنقودية واذا كان ضارباً الى اللون الرمادي ونتناً كانت اللاهوائيات وحدها السبب او كانت مشتركة مع الجراثيم الاخرى وبعد ان يثبت تشخيص الجناب القيحي ما عساها ان تكون المعالجة التي نوجهها الى هذا الداء ؟ لقد اجمعت الآراء اليوم اذا استثنينا الجناب القيحي السلي على معالجة الجنابات القيحية معالجة جراحية سريعة على ان نغتنم الفرصة المناسبة

فاذا كان الجناب القيحي رضياً كان الاسراع واجباً بدون اقل تأخر وكذلك القول متى كانت الآفة الرئوية المسببة قد انطفأت اعراضها او متى كانت الآفة متغنغرة أياً كانت حالة الاحشاء . اما اذا كان الجناب مرضياً وكانت الآفة المسببة لا تزال سائرة سيرها ولاسيما متى كانت المكورات العقدية او العنقودية العامل المرضي فيجب الانتظار ريثما تكون قد زالت الحالة الالتهابية او خفت على الاقل اما في ذات الرئة فبعض التساهل جائز . لان الخراجة الجنبية تكون قد اجتمعت والمريض يكون قد زادت متانته فاذا بضع قبل هذا تتشوش عوامل الدفاع العامة والموضعية .

فالمعالجة الدوائية واجبة اذن في المرضى الذين لا تزال آفاتهم الرئوية سائرة سيرها وهي المعالجة المألوفة مع الاستلقاح والاستمصال (vaccino-thérapie et sérothérapie) ريثما تكون الخراجة قد تكونت جيداً في القسم الخلفي السفلي من الجنب .

ومتى نجمت من غزارة الانصباب تشوشات آلية افرغ الانصباب بجهاز بوتن فخف الضغط وأُجلت العملية .

ومتى بلغ الجناب القيحي الزمن الموافق للتوسط الجراحي وعين مقره بالبزل الاستقصائي افرغ الصديد بخزع الجنب الواسع مع قطع الضلع وهو الطريقة الوحيدة التي تفرغ الصديد والاغشية الموهمة (fausses mem-branes) وكتل الليفين (fibrine) الـكثيرة الاجتماع في جنابات كهذه ويخفض (drainer)غشاء الجنب بعدئذ .

ويفتح غشاء الجنب حيث الصديد وفي النقطة الاكثر انخفاضاً ولكي تعين النقطة لا بد من اجراء بزول استقصائية مدرجة وفتح غشاء الجنب عند البزل الوطي الذي أُخرج به الصديد وتجرى هذه البزول والمريض مضطجع على منضدة العمليات . ويقول المؤلفون متى كان جناب قيحي في الميزابة الجانبية الفقارية الخلفية بقطع الضلع الثامنة او التاسعة حذاء الزاوية الخلفية الممددة الى الوراء ما امكن اي في ملء الظهر

ويجب ان يكون التخدير موضعيا لان التخدير العام يميت هولاء المرضى فيحقن الجلد والعضلات والسمحاق حسب خط الشق وتحقن ايضا الزاوية الخلفية الضلعية المعترضة بالمحلول المخدر حول اعصاب الورروب (nerfs in-tercostaux) فوق الضلع وتحتها . وتكشف الضلع بشق الجلد شقا طوله ٨—١٠ سم ويشق السمحاق ويقلع بالمسحاة (rugine) عن وجه الضلع الخارجي وتقلع عضلات الوروب بسهولة بادخال المسحاة في الزاوية المكونة من اتجاه حزم تلك العضلات مع حافة الضلع اي من الوراء الى الامام للحافة

العليا ومن الامام الى الوراء الحافة السفلى ثم يقلع السمحاق عن وجه الضلع الباطن وتقطع القطعة المعراة من السمحاق كلها بمقراض خاص ولا يترك منها شيء لئلا تتنخر نهاياتها الباقيتان. ثم يشق فراش الضلع اي السمحاق وغشاء الجنب فيتدفق الصديد من الجرح الذي يوسع حتى حدود جرح الجلد . ومتى خف انصباب الصديد يدار المريض الى الجهة الاكثر ملاءمة لانفراغ الصديد التام ومتى خرجت جميع الكتل الليفينية يجفف الجوف برفادة ومنقاش مبيضي (clamp) فتسهل حينئذ بعد ادخال منقاش او اصبع في الجرح معرفة ما اذا كان الشق واقعاً في النقطة الاكثر انخفاضاً فاذا كان عالياً يشق شقاً آخر اكثر انخفاضاً او تقطع ضلع اخرى في الامام او الوراء ليكون التحفيض في النقطة الحسنة .

ولا يغسل غشاء الجنب مطلقاً بعد ذلك الا في الجنابات التالية للرضوض او المتغنغرة التي تستدعي الحقن بالاوكسجين

ولكن كيف يصنع التحفيض ؟ (drainage)

ان مسألة التحفيض لا تزال قيد الجدال . فان البعض يكتفون بوضع احفوضين (drains) غليظين يعادل طولهما كثافة الجدار تحاشياً لتخريش الرئة ويثبتونهما بدبوس انكليزي يمنعهما عن السقوط في جوف الغشاء فينصب منهما الصديد انصباباً حسنا . ويخاط الجرح حول الاحفوضين ويشير هؤلاء هذه الطريقة بالمشي والتمرنات التنفسية الباكورة لكي تتسع الرئة وتملأ الفراغ . وهذا هو التحفيض القديم والجذع مفتوح .

والبعض يحفض والجذع مغلق وحجة هولاء ان الهواء الذي يدخل غشاء الجنب المفتوح يمنع الرئة عن التوسع توسعاً كافياً لان الضغطين متعادلان

في الخارج وفي السنوخ . والرئة المنكمشة لا تعود الى ملامسة الجدار الا ببطء ومثلها الشفاء فانه يبطىء فمنعاً لدخول الهواء لغشاء الجنب واحداثه للتعفن الثانوي الممكن يوصل بالاحفوض الثبت في فوهة الجرح المضيقة ، انبوب مطاط عادي او سحارة (siphon) ينغمس طرفه في وعاء مملوء محاولاً مطهراً . فينصب حينئذ السائل المجتمع في غشاء الجنب ويفرغ الجيب وتتمكن الرئة بما يدخلها من الهواء من الاتساع والحلول في هذا الخلاء والوصول حتى جدار الصدر . والتحفيض بهذه الطريقة افضل والشفاء مؤكد واسرع . ولهذا يستعمل دلبه وجيرود احفوضا (drain) خاصا متصلاً بانبوب من زجاج مزوّى قد وصل به انبوب مطاط وغمس في وعاء ومحذور هذا التحفيض بانبوب مثبت بالجذع هو إجبار المريض على ملازمة فراشه . وقد استعمل دلاجانيار احفوضا في طرفه شبه لولب ينفتح حين الشهيق وينطبق حين الزفير مانعاً الهواء عن الدخول. غير ان نزع الاحفوض آونة بعد اخرى واجب لكي تمرّ الكتل الليفينية . ويستعمل غرغوار الطريقة التي يشرك بها التحفيض المغلق والتبكير في ترك المريض لسريره وذلك انه لا يقطع الاضلاع بل يخزع الجنب خزعا خاصا . فهو يشق الجلد شقاً مستقيماً على الضلع الواقعة تحت الضلع المحددة في الاسفل للورب (espace inter-costal) المراد شقه مثال ذلك اذا أريد فتح الورب التاسع يشق على الضلع الحادية عشرة وطول الشق ٩—١١ سنتمتراً . تشق الاقسام الرخوة حتى الضلع وتبعد الشفتان بمبعدي فارابوف ويكشف الورب المراد شقه بالمسبار المقنى فتكون قد تركت شريحة جلدية عضلية يستر بها الشق الجنبي

متى رفع المبعدان . ويشق الورب الذي يكون قد عين بالبزل الاستقصائي بالمبضع على الحافة العليا للضلع السفلي فينصب الصديد وتستخرج الاغشية الموهمة (fausses membranes) بالمنقاش .

يبقى علينا حينئذ ان نمنع شفتي الجرح عن الانغلاق ويتم لنا ذلك بادخال شريطة مطاط مقتطعة من قفاز في الجرح الجنبي وتثبيتها بغرزتين بعضلات الورب . فينفتح هذا المصراع في الشهيق وينصب الصديد الى الخارج وينغلق في الزفير فلا يدخل الهواء الجذع . وتنزع قطعة المطاط في اليوم الخامس والعشرين . ويضمد الجرح كل يوم بدون غسل ويتم الاندمال عادة في اليوم الخامس والثلاثين .

وقد احصى تورناي ٣٦٤٦ حادثة بين بها حسنات التحفيض المغلق على التحفيض المفتوح :

خزع الجنب المفتوح معدل الوفيات فيه ٢٣،٦ بالمائة وسيره نحو الازمان معادل لـ١٦،٦٠ بالمائة ومدة المعالجة الوسطية ٧١ يوما .

خزع الجنب المغلق معدل الوفيات فيه ١٠ في المائة والسير الى الازمان معادل لـ ٦،٣ في المائة ومدة المعالجة الوسطية ٤٢ يوما

فهذا الاحصاء يبين افضلية التحفيض المغلق . ويترك الاحفوض مازال السيلان الجنبي صديدياً ويبين لنا تحسن الحالة الموضعية والفحوص الجرثومية والحالة العامة وسير الحرارة الوقت الذي يجب نزع الاحفوض به لاننا اذا اطلنا زمن التحفيض احدثنا نواسير .

غير ان افراغ جوف الجنب لا يكفي لالصاق الرئة بجدار الصدر واعادة

الوظيفة التنفسية بل يجب الاهتمام بهمود(collapsus) الرئة سريعا حسب رأي دعاة التحفيض المفتوح ومتأخراً حسب دعاة الجذع المغلق وذلك بالسماح للمريض بالمشي منذ هبوط الحرارة ونزع الاحفوض لان المشي معناه التنفس وهذا القول صحيح لا غبار عليـه . واكمال العمل الجراحي يقوم بالتمرنات التنفسية المتمادية والرشيدة فيوسع المريض رئته بنفخه في انبوب متصل بفم قارورة فيها ماء ودفعه الماء الى القارورة الثانية حسب طريقة بشر (Pescher) فتتنفس الرئة حينئذ تدريجيا وتستعيد مـكانها. ويتم الشفاء مع تشوه صدري خفيف . ولا بد من معالجة المريض معالجة دوائية مدة من الزمن .

ونتائج هذه الطرق تابعة للجرثوم والمريض وطبيعة التعفن وحالة المبضوع العامـة وزمن التوسط الجراحي. فالجنابات المتقيحـة بالمـكورات الرئوية هي اقل الجنابات خطراً واكثرها شفاء والجنابات بالمـكورات العقدية والعنقودية اوخم والجنابات باللاهوائيات وحدها او المشتركة مع جراثيم اخرى اشد الجنابات خطراً . والمرضى الذين يتأخر بضعهم تتنوسر جروحهم .

والجنابات المتكيسة بين الفصوص او في اماكن اخرى يعين مقرهـا بالبزل تحت دريئة (écran) الاشعة وتترك الابرة مـكانها اذا لزم الامر الـكي يشق عليها .

واذا كان الجناب قد انفرغ بالقيء الصدري وهذا نوع من انفراغ الجنابات الفوري (spontané) لا نظنن ان الامر قد انتهى بل يجب التوسط الجراحي نفتح غشاء الجنب وقطع ضلع او ضلعين متى بقيت الحرارة والتقشع والمرور بالمنطقة الجنبية الملتصقة لئلا ينفتح الجوف الـكبير . ويرسل هؤلاء المرضى

عادة الى الجراح متأخرين فتكون رئاتهم قد تصلبت ولا تعود بسهولة الى مكانها فتتنوسر هذه الجنابات .

والجناب المتقيح المزدوج النادر شديد الخطر وان يكن مسبباً في الغالب من المكورات الرئوية : فلا يفتح فيها غشاء الجنب في الجهتين معاً بل تفتح اولا الجهة الاشد اصابةاو الجهة اليسرى متى شك في الامر اجتناباً للتشوشات الممكن حدوثها بانضغاط القلب وتبزل الجهة الثانية . ومتى مرت بضعة ايام على فتح الجهة الاولى تفتح الثانية . ومتى لم ينغلق الجرح بعد ان يكون غشاء الجنب قد خزع والصديد قد انصب بل بقي ناسور بعد بضعة اشهر كان العامل المرضي المكورات العنقودية او السل او كان الشق قد اجري متأخراً او لم يكن كافياً. لان النواسير نادرة جداً متى كان التحفيض جيداً وكان التوسط الجراحي قد اجري في الوقت الملائم. الا اذا كان سل جنبي مجهول ومتى ازمن الخزع تكون الرئة قد سجنتها اغشية جديدة موهمة فصدتها عن التمدد .

ومن النواسير الجنبية ما هو مسبب من التهاب الضلع او من احفوض منسي او ناسور جنبي قصبي او رتج (diverticule) صغير خلف الجنب اسيء تحفيضه . فقطع الضلع ونزع الجسم الاجنبي واستئصال مجرى الناسور واجراء التحفيض جيداً يكفي للشفاء السريع . غير ان الجناب القيحي المزمن المتنوسر الذي لا ميل له الى الشفاء يتصف بجوف خلف الجدار لا يمتلىء لان جدار الصدر لا ينخمص (ne s'ffaisse pas) والرئة لا تتوسع. فالرئة المغمدة لا تصل الى الجدار والجدار الصلب لا يسير الى الرئة. وهذان

هما الامران اللذان ينظر اليهما في المعالجة . فاما ان تقطع الاضلاع ليعود الجدار ليناً فيذهب الى ملاصقة الرئةوهذههي عملية استلندر ومشتقاتها واما ان تحرر الرئة مباشرة من القشرة الليفية التي تسجنها وهذه هي عملية دلورم واما ان تشرك العمليتان معاً . غير ان معرفة اتساع الجوف امر لا بد منه قبل التوسط الجراحي وليحترز من اجراء هذهالعمليات في من تعلو حرارتهم او يحبس الصديد في جوف غشائهم الجنبي .

وتطهر الناحية ما امكن بالتحفيضات الاضافية والغسول بدكان والمصل الخ. . . وتدرس ابعاد الجوف بالمعاينةالشعاعية . ويجوز حقن الجوف بالليبودول او الغلسرين المبزمت (bismuthée) غير ان المعاينة المقصودة (direct) بالدريئة وبدون اي مادة، كافية في معظم الاوقات لاسداء المعلومات عن حركة الجدار وانكماش الرئة وحركة الحجاب وابعادالجوف الشفاف

واليكم الطرز الذي تجرى به عملية القطع وتحرير الرئة معاً على جيب الرئة فيه منكمشة بعض الانكماش نحو نقيرها (hile) وذلك بعد ان يكون حضر المريض تحضيراً حسناً وعرفت ابعاد جيبه :

يبضع المريض بعد ان يخدر تخديراً عاماً ويشق الجلد شقاً معقوفاً كالحرف u الفرنسي محدداً شريحة كبيرة وتقطع الضلوع اللازمة وغالباً منذ الثانية حتى الثامنة وتربط شرايين الوروب باعتناء ويقطع غشاء الجنب الجداري المتكثف وتحرر الرئة في الجانبين باقتلاع الالتصاق الجنبي في الامام والوراء وتقطع قشرتها الجنبية ما امكن على ألاّ تنزف نزفاً غزيرا .

وبعد ان تحرر الرئة تثبت بالجدار (تثبيت الرئة لرو بارجه) منعاً لها

عن الانكماش . اما الشريحة الجدارية المستلة عظامها منها فتقلب وتخاط بعد وضع احفوض موقت ينصب منه الدم والمصل. ويجوز اجراء العملية باوقات عديدة اذا قضت بذلك حالة المريض فتقطع الضلوع اولا ويستأصل غشاء الجنب بعدئذ وتقشر الرئة اخيرا . فاذا كان اتساع الجيب متوسطاً كان معدل الوفيات الجراحية الناجمة من تنبه تعفن عام او موضعي ٥ في المائة والنتائج البعيدة حسنة . غير ان الاسراع بالتمرنات التنفسية والاستمرار عليها امر واجب .

ومتى كان الناسور متصلاً بجيب واقع خلف الجدار وكانت سعته كبيرة تعادل لترين من الصديد وكانت الرئة منكمشة بشدة كانت المعالجة شديدة الصعوبة وكان المريض في اكثر الاحيان من الذين خزع غشاؤهم الجنبي متأخراً وكانت رئتهم قد انكمشت مدة طويلة فلم تعد الى الانبساط بعد ان افرغ الصديد بل بقيت ملتصقة في العمق . فهذه الحالات تفضل في معالجتها عملية شد (Schede) فالشريحة فيها المشابهة للحرف u تتناول اللوح (omoplate) والقطع يشمل جدار الجذع كله الضلوع والوروب وغشاء الجنب الجداري فتبقى الشريحة الجلدية العضلية مرنة تتحرك تحركاً سهلاً وتستر بها الرئة مباشرة . وتصلب الرئة في هذه الحالة يكون شديداً حتى ان تقشيرها يتعذر اجراؤه . ومعدل الوفيات التالية للعمليات مباشرة في هذه الحالة بين ١٥ — ٢٠ في المائة (لوسان) وتشوه الجذع عظيم غير ان الشفاء محقق بعدها .

والجناب القيحي السلي وهو خراجة غشاء الجنب الباردة لا تجوز معالجتها

اذا راعينا القاعدة بخزع الجنب والتحفيض لان الناسور امر لا بد منه بعدها فيجب اذاً ان يدقق في التشخيص وان يكتفى بالبزل ببزل دقيق ما زال الجناب لم يتعفن تعفناً ثانوياً وان يكرر البزل كلما قضت الحاجة اليه.

والجنابات السلية المنوسرة المتعفنة تعفناً ثانوياً هي اسوأ الجنابات فان هولاء المرضى لا يشفون ابدا ويموتون من التعفن المزمن اذا لم تقطع الضلوع قطعا متسعا غير ان العمليات الواسعة خطرة في المسلولين فيجب اذن اختيار المرضى والامتناع عن بضع المصابين ايضا بآفات رئوية في حالة السير واما اذا لم تكن آفة رئوية في حالة السير فتشرك المعالجة الدوائية والاستشماس (héliothérapie) والاستلقاح (vaccinothérapie) والخ مع المعالجة الجراحية . ولكي تكون العملية مفيدة يجب ان تكون واسعة فتقطع الضلوع قطعا واسعا حسب طريقة شد (Schede) بازمنة عديدة واذا فضلنا ألاّ يفتح غشاء الجنب تقطع الضلوع قطعاً واسعاً فقط كافي معالجة السل الرئوي

وصفوة القول ان التخدير الموضعي يستعمل في الجنابات القيحية الحادة ويخزع غشاء الجنب خزعا في نقطة منخفضة ويحفض الجذع تحفيضا مغلقا وتستعمل التمرنات التنفسية المنظمة .

وفي الجنابات القيحية المنوسرة : يزال الجيب بتحريك الصدر وتحرير الرئة . واكثر الخيبة الجراحية التي تصادف في معالجة الجنابات القيحية يعود سببها الى سل معروف او مجهول .

❀ ❀ ❀

خلاصة المؤتمر الجراحي الفرنسي الاربعون

للدكتور مرشد خاطر استاذ الامراض والسريريات الجراحية

افتتح المؤتمر كعادته في ٥ تشرين الاول من السنة ١٩٣١ وكان يرئس الاحتفال المسيو سرّو احد الوزراء القدماء الذي اثنى على الجراحة والجراح الثناء اللائق بهما مبيناً المنافع الجمة التي قامت بها الجراحة ازاء البشرية المتألمة ثم نهض الاستاذ لمبر من ليل وهو رئيس المؤتمر مبيناً الاطوار التي مرت بها الجراحة ومظهراً ما هي عليه الجراحة الحاضرة من الرقي غير انه لم يكتف بالحاضر بل ارسل اشعة مخيلته الى المستقبل فوصف قاعة العمليات المقبلة وما سيكون فيها من الآلات والمعدات وصفاً ساحراً طائراً في سماء الخيال ثم انه بعد هذه الجولة الفكرية البعيدة عاد الى مخاطبة سامعيه فبين الروابط التي تربط الجراح باطباء الشعب الاخرى وروساء المخابر واظهر فائدتها حاثاً على ان تكون هذه الروابط بينهم وثيقة لا تنفصم وعاد الى وصف حياة الجراح وصعوبتها والعقبات التي تقوم في وجهه حاثاً زملاءه الجراحين على الرفق بالمرضى ومؤاساتهم لان النفس يجب ان تجد لها دواء عند الجراح كما يجد الجسد .

ثم عالج الموضوع الاول غوسه (من باريس) ولريش (من ستراسبورغ)

وفقا لمقررات مؤتمر السنة المنصرمة وسنكتفي بسرد خلاصة الموضوع الاول في هذا الجزء

القرحة الهضمية التالية للعمليات

« إمراضها ومعالجتها »

١ — الامراض « pathogenie » تكلم عنه لريش فقال ان القرحة الهضمية (peptique) التالية للعمليات هي مرض المفاغرات المحدثة في معد مزدادة حموضتها .

كان يظن اولاً ان قرحة الصائم التالية للعمليات مسببة من خطإ في اجراء العمليات او من الارقاء (hémostase) والخياطة السيئين او من استعمال خيوط لا تغور (non résorbables) او من مناقيش تؤذي نسج المعى او من عفونة خفيفة او انصباب دموي في حذاء التفاغر وغير ذلك من الاسباب

ولكن بعد ان تبين اليوم ان هذه القرحة كثيرة الوقوع وجب التفتيش عن سبب آخر وهو كون القرحة الثانية نكسا للقرحة الاولى . لان المعالجات التي نوجهها الى القرحة ليست إمراضية بل هي عرضية -symp) (tomatique كالمفاغرة المعدية المعوية او تشريحية كالقطع او خلقية (فسيولوجية) كقطع المعدة والبواب فلا عجب اذا ما اكمل المرض سيره بعد العملية فظهرت قرحة جديدة لان سبب الاولى لا يزال موجوداً. فإمراض القرحة التالية للعمليات يختلط اذن بإمراض القرحة المعدية الاثناعشرية فاذا عرفنا

إمراض الثانية سهلت علينا معرفة إمراض الاولى. فبناءً على ما تقدم بدأ لريش بدرس إمراض القرحة العفويـة (spontané) ثم عاد الى درس إمراض القرحة التالية للعمليات مستنداً الى تحريات شخصية قام باجرائها مع مؤازريه منذ اربع سنوات في شعبته السريرية في ستراسبورغ .

إمراض القرحة المعدية الاثنا عشرية العفوية : ١ً — درس انتقادي:

يبين لريش ان درس القرحة من الوجهة التشريحية لا يوقفنا على منشإها فلا درس القرحة في بدئها ولا الغشاء المخاطي المجاور لها ولا الآفات العصبية في جدار المعدة ولا التبدلات المعوية المشاهدة في منطقة التهاب المعدة الضموري تجدي نفعاً

وكذلك القول في درسها من الوجهة الجرثومية فانه لا يجلو الامر

اما القرحة الاختبارية فقد انتقد لريش طرز احداثها نقداً شديدا اجل انهم تمكنوا من احداث قرحات بطرق مختلفة غير انه ما من واحدة منها كانت الحالة الوظيفيـة فيها مشابهة لما هي عليه في الانسان ويحق لنا ان نقول انهم تمكنوا من احداث الآفة غير انهم لم يتوصلوا الى احداث المرض لان هذه القرحات كانت تسير سيرها بدون ازدياد في الحموضة . فعلى المختبر اذا اراد ان يكون اختباره مفيدا ان يقترب ما امكنه من الحالة الطبيعية لا ان يحدث تخريبات جمة تبعده بعدا شاسعا عنها . فان الـكلاب التي حولوا مجرى الاثنا عشري فيها اصيبت سريعا بالدنف فبالقرحة غير انهم لو اعتنوا بتغذية هذه الحيوانات لما ظهرت القرحة فيها .

ويرى لريش ان هذه المسألة يجب ان تحل بطريقة أخرى فان ما لم يتمكن الاختبار من ايضاحه لنا يجب علينا ان نستنتجه من تحليل الشروط التشريحية

والخلقية لسير القرحة في الانسان سائرين من هذه الفرضية وهي ان المرض الذي يحدث القرحة هو مرض النسيج قبل ان يكون مرض العضو وهذه القاعدة عامة في علم الامراض ولا سيما في القرحة فان الموات النزفي الذي يصيب جدار المعدة ليس الا الدور الثاني المرض الذي آذى اولا المضرعة الغدية او النسيج الضام او بطانة الاوعية (épithélium). فاذا اتبعنا هذه القاعدة في تكوّن القرحة استنتجنا نتائج ذات شأن عظيم .

٢ -- درس خواص القرحة التشريحية السريرية وسيرها : يشفى معظم القروح المعدية بسهولة متى بدلت حالة افراز المعدة سواء ابالنظام الغذائي او المعالجة الدوائية او العمليات الجراحية البسيطة (المفاغرة المعدية المعوية او دفن الانثقابات فقط) بيد ان بعض القروح تعصي المعالجات جميعها وتنكس دائما على الرغم من التوسطات الجراحية الكبيرة . وعدا ذلك فان القرحات التي تحتفر المعثكلة (بنكرياس) او الكبد تبقى دائما منفصلة عن العضو المصاب بنسيج صلب يتألف منه قعرها . فهي لا تنفتح اذن في الحشا ومع ذلك فان نواسير معدية قولونية تتكون فلماذا وكيف؟ وحافات القرحة حتى الثقفية منها تترمم دائما على الرغم من مظهرها . فلا الفرضيات الامراضية المعروفة حتى الآن ولا الاختبارات تكفي لتعليل هذا الامر . فيجب اذن ان نتابع التحليل مدققين في ما تتصف به القرحة .

تستقر قرحة المعدة في منطقة معينة فيها نوع خاص من الغدد تسمى الواقعة منها في جهة البواب الغدد البوابية والواقعة في الجهة الثانية غدد برونر وتختفي هذه الغدد بعد البصلة فمنطقة القرحة هي اذن منطقة فيها هذا النوع

الخاص من الغدد والقرحة مرض المعدة المحركة وليست مرض المعدة الهاضمة

وثبت لنا هذا اثباتا لا يقبل الرد فحص قطع القرحات فحصا نسيجيا .
فيجب اذن ان نتساءل عما في منطقة هذه الغدد المفرزة للمخاط من الشروط الخاصة التي تؤهلها للقرحات ؟ يقول لريش ان هذه الكمية الكبيرة من المخاط التي تفرزها هذه الغدد يلعب ولا شك دورا لا نزال نجهله . فهو يذوب في المحاليل القلوية ويرسب في البيئة الحامضة ويرجح ان غشاء المعدة المخاطي لا يكون مغطى به متى كانت البيئة حامضة بيد أنه متى كانت البيئة قلوية يؤلف طبقة كثيفة مخاطية كتيمة لا تخرقها السوائل ولا الاطعمة . فهو اذن يلعب دورا واقيا . افلا يحق لنا ان نتساءل عماً اذا كانت القرحة لا تنجم من نقص القوة الواقية لهذه المواد المخاطية بتأثير الحموضة فيها .

والامر الذي لا يقبل الجدل هو ان القرحة لا تتكون الا في منطقة الغدد المفرزة للمخاط . ولكن أمنطقة القرحات قلوية في الحالة الطبيعية سواء على الريق ام في اثناء الهضم ؟ ان هذا يدعونا الى البحث في قضية ثانية وهي ناحية المنطقة الحامضة في المعدة . قد ثبت منذ شيف ان منطقة القعر هي المكان الوحيد لصنع الهضمين (ببسين) غير ان منشأ الحامض لا تزال الآراء متضاربة في تعيينه ويظهر من تحريات لريش وتلامذته ان المعدة قلوية على الريق وانها في اثناء الطعام حامضة في ناحية القعر لانها الناحية الوحيدة المفرزة للحامض الكلوريدريك والببسين وان الغار (l'antre) مغشى بغشاء قلوي حتى في اثناء الطعام

اذن في المعدة منطقتان حامضة وقلوية وكل منها محددة تحديداً واضحاً فاذا اختل

الافراز في ناحية القعر (region fundique) وعمّ السائل الحامض على الريق المنطقة القلوية رسب المخاط في بعض المحال وتأذى الغشاء المخاطي .

ويجوز لنا ان نفرض فرضية اخرى وهي اختلال افراز المخاط وتشوشه فاما ان تنقص كميته عن الحالة الطبيعية او يتبدل جوهره فلا يقي ناحية الغار والبواب والاختبار يثبت هذا لان الاختبارات كانت تولّد اولاً التهاباً في ناحية الغار والاثنا عشري قبل توليد القرحة وهذا يحملنا على القول بان الناحية القلوية في المعدة هي الناحية المؤذية .

ولكن ما هو سبب هذا التشوش في افراز المخاط ؟ ان هذا الجواب تصعب الاجابة عنه . تكون المعدة المتقرحة غالباً محتقنة أفليس الاحتقان يدعو الى زيادة الافراز فزيادة الحموضة ؟ ويسهل انفراغ المخاط بسرعة حذاء غدد البواب تاركاً منطقة هذه الغدد عرضة للانهضام الذاتي .

ومهما يكن فلا بدّ من فتح باب جديد تدرس به خلقة (فسيولوجية) المخاط . وقد لاحظ لريش ومعاونوه ان غشاء المعدة الملتهبة يفرز مخاطاً يختلف بصفاته وتلونه عن المخاط الطبيعي .

فيجب اذن ان ترتب التبدلات التي تطرأ على المعدة قبل حصول القرحة على الوجه الآتي : اختلال في افراز المخاط في ناحية الانحناء الصغير والغار والبواب والبصلة الاثناعشرية لاسباب دورانية ، فذات المعدة الالتهابية فالتهابها الضموري ،فاستحالة نسيج لآخر (métaplasie) فنقص قوة المخاط الواقية ، فقرحة .

واما سبب الاحتقان فيعود على ما يرجح الى اسباب طعامية كقلة المضغ

وكثرة الطعام وانهاك المعدة واطعمة سيئة التحضير او غليظة اي جميع الاسباب التي تدعو المعدة الى زياده نشاطها فالى الاحتقان . وينطبق هذا على كثرة القرحات المعدية في البلدان التي يأكل سكانها اطعمة غليظة سيئة التحضير

وظيفة الغار القلوي الحامضية : دوره المنبه للافراز

بينت الاختبارات في هذه السنوات الاخيرة ان الغار القلوي الذي لا يفرز الحامض منبه لافراز الحامض في ناحية القعر . فانه يفرز متى لامسته الاطعمة رسولا (hormone) يسير في الدوران الدموي ويؤثر في غدد القعر فتفرز مفرزها الحامض .

وقد بينت الاختبارات الجراحية الخطر الذي تستهدف اليه المعدة متى حذف الغار فان جدرانه تصبح حينئذ منبهة تنبيهاً مستمراً بملامسة السوائل الراكدة فيه فيفرز رسوله المنبه بكثرة ويزداد افراز عصارة المعدة الحامضة ففاغرة المعدة بالصائم تزيل هذا الركود وتحسن الى المعدة احساناً عظيما . وازدياد الحموضة في المعدة يلعب دوراً ذا شأن كما بينت الاختبارات والسريريات في احداث القرحة .

والخلاصة ان القرحة العفوية ليست سوى قرحة هضمية متكونة على غشاء مخاطي قلوي مفرزه المخاطي الخاص قد تبدل بسبب الاحتقان وزيادة الحموضة لان القرحة الهضمية هي نتيجة فعل منبه للافراز في القعر ولدته آفات الغار ولكن ما هو الشيء الذي يدير الافراز وانفراغ المخاط بل ما هو المخاط نفسه؟

هذه هي الاسئلة التي يجب حلها في المستقبل اذا شئنا ان نفهم ما هي القرحة المعدية .

ب — امراض القرحة التالية للعملية — الصفات العامة :

نفهم عادة بالقرحة التالية للعمليات القرحة التي تبدو على فوهة جديدة احدثت في المعدة . مع ان هذا لا يشمل جميع القرحات لان بعضها يبدو على الانحناء الصغير على الرغم من المفاغرة التي أجريت لشفاء قرحة سواها ولهذا الامر شأنه الكبير وبعض القرحات يبدو ايضاً على مفاغرة معوية معدية ولكنّ القرحة الهضمية تبدو في معظم الحالات على الصائم هذا المعى الذي لم يخلق ليقتبل عصارة حامضة لان المخاط الذي يقي رجا الغار لا يقيه فتبدو فيه القرحة فكل مفاغرة معدية صائمية تعد عملية مخالفة للخلقة (الفسيولوجية) وما من عملية مفاغرة تنطبق على علم الخلقة الا مفاغرة المعدة بالاثنا عشري بعد قطع البواب .

ولهذه القرحات التالية للعمليات التي ليست سوى قرحات اختبارية بعض الخواص التي لا بدّ من ذكرها :

١ — كونها تبدو بعد العمليات بازمنة متفاوتة الطول فهي تبدو تارة بسرعة اي بعد ستة ايام كما ذكر لريش في احدى مشاهداته او متأخرة جدا بعد ان تكون القرحة الاولى شفيت منذ برهة .

٢ — تظهر غالبا على الطرف الموصل (efferent) من عروق الصائم المفاغرة .

٣ — تكون في الغالب مفردة

٤ — يكون المعى بعد ظهور القرحة ملتهباً وهذه الصفة قد اجمع المؤلفون عليها وعروة الصائم الموصلة تكون متوسعة جداً متكاثفة متوذمة

شروط ظهور القرحةالتالية للعمليات : أ - القرحة بعد المفاغرة المعدية المعوية

مهما قيل في هذه العملية فلسنا نظن ان القرحة الهضمية تتلوها باكثر من ١ - ٦ بالمائة ويظهر ان المفاغرة الامامية تعرض الصائم للقرحة اكثر من المفاغرة الخلفية . ولكن الامر يتبدل اذا زيد على المفاغرة الامامية مفاغرة الصائم بالصائم فتعود الشروط حينئذ مماثلة للمفاغرة بشكل (٢) وتصبح قطعة متفاوتة الطول من الصائم لا تصلها عصارة قلوية صفراوية اثناعشرية معثكلية (bilio-duodéno-pancréatique) بل تكون ملأى بعصارة المعدة الصرفة فيرتفع حينئذ معدل القرحه الهضمية الى١٦،٨ بالمائة وتظهر القرحة في البيئة الحامضة .

لقد اتهموا الزر والمناقيش ومفاغرة العرى الطويلة ولكنّ جميع هذه الاسباب ليست كافية بل السبب هو ان بعض الشروط الخلقية (الفسيولوجية) تزول بالمفاغرة المعدية المعوية .

وفي مقدمتهاالر كودفي الغارفانهوان يكن قليل الاهمية في السريريات فهو ذو شأن من الوجهة الخلقية (الفسيولوجية)لانه ينبه الافراز الحامض في القعر.

والامر الثاني الذي لا بد من ملاحظته هو اصابة المعدة حين العملية الاولى بالالتهاب يقول الاستاذ دوفال ان القرحة التالية للعمليات قرحة عفنة وان هذا السبب اساسي . ومع ذلك فان ٥٢ بالمائة من قرحات الصائم قرحات متأخرة لا تظهر الا بعد المفاغرة ببضع سنوات .

ب - القرحة بعد ربط القرحة الاولى او قطعها : الآراء مجمعة على ان قطع القرحة حسب طريقة دوين ايسلسبرغ مضافاً الى المفاغرة المعدية المعوية يعيد

القرحة الهضمية اكثر ظهوراً . وهذا يسهل تعليله لان الركود يحدث حينئذ في الغار فيفرز رسوله المنبه ويدعو مقر المعدة الى افراز الحامض .

ج — القرحة بعد قطع المعدة : عنّ لفنستر سنة ١٩١٦ ان يحذف منطقة المعدة المفرزة للحامض في قروح الاثنا عشري التي لا يستطاع نزعها ثم توسعت طريقته الى معالجة القرحات الاخرى غير انه اذا كان لا بد من إزالة المنطقة المفرزة للحامض وجب قطع ما لا يقل عن ثلثي المعدة .

د — القرحة بعد قطع البواب والمعدة : هي فضلى العمليات المنطبقة على الشروط الخلقية لانها تزيل الغار والمنطقة المفرزة للحامض غير ان القطع يجب ان يكون متسعاً اذا شئنا ان نكون في مأمن من ظهور القرحة ولكن اذا أبقينا حتى على قطعة صغيرة من المعدة كان افراز الحامض مقرراً وظهرت القرحة .

ج — النتائج :

تظهر القرحة بعد المفاغرة المعدية المعوية المتقنة الصنع بمعدل ١—٥ بالمائة وهي ايضاً نادرة بعد قطع القرحة المتبعة بالمفاغرة المعدية المعوية . وهي كثيرة الحدوث بعد سد الغار (٢٥ بالمائة) وهي كثيرة الحدوث ايضاً بعد قطع البواب والغار لان هذا القطع يعقبه ازدياد في الافراز والحموضة . وهي نادرة بعد قطع البواب والمعدة المتسع .

وسبب القرحة ازدياد الحموضة وهي لا تظهر متى افضت العملية الى ازالة الحموضة ولكن بما ان هذا الامر لا يدرك منذ البدء حق لنا ان نقول ان القرحة الهضمية ممكنة الحدوث بعد جميع العمليات

٣ - المعالجة

عالج هذا الشق من الموضوع الاستاذ غوسه من باريس فبيّن ان الجراحة تقضي اليوم بالرفق بالمعدة وبمحاشاة رضها في اثناء العملية ما امكن وبالاستغناء عن المناقيش الراضة وبترك الزر جانباً وباستعمال الحمشة (كاتغوت) عوضاً عن الخيوط التي لا تغور (non résorbables) لان لجميع هذه الامور شأناً كبيراً في احداث القرحة الهضمية ومتى ظهرت هذه القرحة فالمعالجة الدوائية لا تفيد مطلقاً فضلاً عن ان الانتظار الطويل خطر لان هذه القرحة تتجه الى الانثقاب . أجل ان المعالجة الشعاعية قد كانت منها بعض الفوائد غير ان المعالجة الوحيدة هي الجراحة ليس غير

واذا كانت القرحة الهضمية تظهر بعد المفاغرة المعدية المعوية فهي تحدث ايضاً بعد قطع المعدة .

أ — معالجة القرحة الهضمية التالية للمفاغرة المعدية المعوية

الزمن الاول يقوم بتحرير الاعضاء من الجدار الملتصقة به ٢ — بتحريرها من فوهة رباط القولون وهذا الزمن دقيق جداً لان قطع احد الشرايين الكبيرة قد يضطر الجراح الى قطع جزء من القولون المعترض ٣ - بتحرير عروة الصائم المفاغر بها وبعد هذا التحرير يفضل الجراح حسب الحالات اما المعالجة الاقتصادية او القطع .

١ — المعالجة الاقتصادية : اذا كانت القرحة المبدئية قد شفيت ولم يكن ضيق في البواب جرّب الترميم التشريحي بقطع القرحة والافضل ان تحذف المفاغرة المعدية المعوية او يحذف البواب او يقطع الاثنا عشري حسب طريقة جود

وقد كانت النتائج حسنة في هذه العملية الاخيرة حسب احصاء محدثها (٩٠ بالمائة)

واما متى كان ضيق في البواب ولم يكن تحريك الاثنا عشري ممكناً فيجب ان يعدل عن الطريقة الاقتصادية .

٢ً — الطريقة الشافية : تقوم بقطع المعدة المتسع وهو يقوم بقطع البواب اولاً وسدّ الاثنا عشري ثم بقطع القسم الكبير من المعدة ووصل ما بقي منها بالصائم .

ب — معالجة القرحة الهضمية التالية لقطع المعدة : هذه العرقلة مخيفة لانها تستدعي قطعاً آخر قلما يتمكن الجراح من اجرائه فضلاً عن انه يخشى بعد القطع الثاني من حدوث قرحة هضمية ثانية لان المريض يكون مستعداً لتكون هذه القرحات .

واذا كانت القرحة المعوية الصائمية قد احدثت تفاعلاً التهابياً مع التصاقات بالاعضاء المجاورة الكبد والطحال والحاجز كانت العملية الفضلى خزع الصائم (jejunostomie)

ج — معالجة العراقيل :

١ً — الانثقاب : اعراضه كاعراض قرحة الاثناعشري المنبثقة ويعالج بطرق مختلفة : بالخياطة التي قلما تجدي نفعاً وان يكن البعض اشار بفائدتها .

بحذف فوهة المفاغرة المعدية المعوية الذي يجب ان يضاف اليه قطع الاثنا عشري حسب طريقة جود

بقطع عروة الصائم المنبثقة

بقطع المعدة اذا كان ممكن الاجراء اي اذا بقي من المعدة جزء يقطع

٢ً — النواسير المعدية الصائمية القولونية : اما ان يكون الناسور بسيطا اي

ان يكون التصاق الصائم بالقولون منحصراً في مقر الناسور واما ان يكون معرقلاً اي ان يكون الناسور محصوراً بالتصاقات كبيرة متسعة . فمتى كان الناسور بسيطا كانت العملية الفضلى تحرير الاعضاء المنوسرة واغلاق الثقبين القولوني والصائمي سواءا قطعت القرحة ام لم تقطع . ومتى كان الناسور مصفحاً بالتصاقات كبيرة كان اجراء العملية الشافية مستصعبا جدا وكثير من الجراحين كانوا لا يقدمون على اجرائها ويكتفون بالعمليات الملطفة : حذف الناسور الصائمي القولوني بمفاغرة معدية معدية او معوية معوية

التنائج : متى عادت القرحة الهضمية اثر مفاغرة معدية معوية مجراة لمعالجة قرحة اثنا عشرية يجرب الترميم التشريحي غير انه لا يكفي غالبا بل يجب قطع البواب ايضا . ومتى لم يكن قطع البواب مستطاعا وهذا ما يقع في ثلثي الحوادث يكتفى بتفجير المعدة اي باجراء مفاغره معدية معوية جديدة او تقطع المعدة قطعا واسعاً يقي المعدة من النكس . غير ان المفاغرة المعدية المعوية لا تعد معالجة حسنة لانها تعرض المريض المتجه الى تكون القروح لقرحة هضمية ثانية ولعلها تكفي في الشيوخ الذين يندر تكون القروح فيهم . اما قطع المعدة فهو العملية الفضلى وهو اما ان يكون ضيقاً فلا يتناول الا ثلث المعدة او ان يكون متسعا فيتناول ثلثيها ويفضل غوسه ان يكون القطع متسعا لان النكس بعده قليل جدا واما في القرحات الهضمية المنثقبة فتختلف المعالجة بالنسبة الى التبكير في اجرائها وافضل ما يعمل اذا كان الامر مستطاعا قطع القرحة والترميم التشريحي .

ومتى كانت النواسير شديدة الالتصاق يكتفى بالعمليات الملطفة .

المؤتمر الدولي الشعاعي « Radiologie » الثالث

(من ٢٦ الى ٣١ تموز سنة ٩٣١)

ملخص بقلم الاشعاعي الدكتور محمد خالد خاشقجي مدير صحة المدينة المنورة

لم يكد ينتهي وزير الصحة العامة الدكتور بلازو « Blaisot » من خطابه الذي افتتح به المؤتمر الدولي الشعاعي الثالث في السادس والعشرين من تموز في مدرج الصوربون «Sorbonne» الكبير تحت رعاية رئيس الجمهورية ورئاسة السيدة كوري « Curie » الشرفية ورئاسة الدكتور انطون بكلار «A.Béclére» وعضوية اكثر من ١٣٠٠ طبيب اشعاعي وجراح من جميع بلدان العالم حتى نهض رئيس المؤتمر والقى خطاباً بديعاً قوبل مرات عديدة بالتصفيق الحاد مرحباً بقدوم المؤتمرين متمنياً لهم احسن اقامة متأسفاً لتخلف الكثير من الاشعاعيين الالمان بسبب الازمة الاقتصادية الحاضرة واصفاً التقدم التدريجي ان لم نقل الباهر الذي بلغه فن الاشعاع الطبي (radiologie médicale) في هذه السنين الاخيرة ، مذكراً الاعضاء بوجوب تسلحهم بهذا السلاح الماضي في مكافحة الآفات الخطرة ولا سيما السرطان . ولم يفرغ من خطابه حتى تقدم امامه مندوب الجمعية الشعاعية الملكية في لندن واضعاً بين يديه شهادة نفيسة من هذه الجمعية تقديراً لخدمات هذا الشيخ في عالم الاشعاع وعقبه الاستاذ شنز « Schinz » من

زوريخ مسلماً اياه الشهاده الشرفية لجامعة هذه البلاد . فعضو الجمعية الشعاعية الاميركية مقدماً ايضا باسم هذه الجمعية مطرقة الشرف «maillet d'honneur» واخيراً تقدم الاستاذ فورسل (Forssell) من ستوكولم (وهو الرئيس السابق للمؤتمر الثاني سنة ١٩٢٨) راجياً من الرئيس قبول مطرقة الشرف ايضا باسم الجمعية الشعاعية في اسوج ومسلماً اياه العقد الذهبي المخصص لرؤساء المؤتمرات الشعاعية وبعد ان جلس الرئيس بين تصفيق الجمع نهض الاستاذ الالمعي فورسل والقى كلمته في «مكافحة السرطان المشتركة» ونلخص بعض ما قاله :

بما ان انشاء المؤسسات الكبيرة الخاصة بالتحريات العلمية فيما يتعلق بالسرطان متعذر الا في عواصم الممالك الكبيرة يجب ان تكون هذه التحريات عن الامراض السرطانية مرتبة على الطرق نفسها المتبعة في فروع الطب الاخرى . فالمطالعة الحيوية والتشريحية المرضية فالمرضية التجربية للسرطان يجب ان تقوم بها المؤسسات الخاصة بالطب العام . واما الدروس التشخيصي والسريري والعلاجي للسرطان فمن متعلقات المخابر الخاصة بمداواة السرطان .

ويجب اذا امكن ان تلحق بالمستشفيات ، قاعات خاصة للعناية بالمرضى عناية خاصة .

واذا شئنا ان نفهم الدور الكبير الذي يلعبه الاستشعاع «radiothérapie» في معالجة السرطان كان علينا ان نذكر ان ثلث المصابين بالسرطان يعودون الطبيب وداؤهم قابل للاستئصال وان ثلث هولاء يشفى شفاء ثابتاً بالاستئصال الجراحي يفهم من هذا ان الجراحة لا تشفي الا عشر المصابين بالسرطان واما

في الحالات التي لا يستطاع فيها الاستئصال التام فيلعب الاستشعاع دوره العظيم في ذلك المريض البائس الذي عجزت الجراحة عن ان تنقذه من مخالب هذا الداء الفتاك . فاما ان يشفى المريض واما ان يعود داؤه الذي لم يكن قبل للجراحة به قابلاً للاستئصال .

وقد اشترط الخطيب في الحصول على النتيجة المرغوب فيها ان يكون تعاون وتعاضد بين الجراح والاشعاعي الاختصاصي . واشار الى نقطة ذات شأن وهي وجوب تعليم اطباء الاسنان والقوابل والممرضات اعراض السرطان المبدئية اما الاطباء فعليهم ان يتقنوها ويجب ان توزع على الشعب نشرات عن هذه الآفة الفتاكة بدون ان تهلع قلوبهم منها والغاية من هذا كله تشخيص السرطان الباكر لان فيه الشفاء العاجل .

اعمال المؤتمر :

الموضوعات التي تداولها المؤتمر

المسألة الاولى وموضوعها : الاستقصاء الشعاعي في بطانة الانبوب الهضمي (بحث فيها لفي غره غوري من نيويورك) .

المسألة الثانية وموضوعها : مداواة السرطان بالاستشعاع قبل العملية وبعدها (تستثنى منها حالات النكس والاستعمار) بحث فيها (لنبهام من لندن) .

المسألة الثالثة وموضوعها : الاستقصاء الشعاعي في الجهاز البولي بنفوذ المواد الظليلة «opaques» (بحث فيها الاستاذ هاينيخ من هامبورغ)

المسألة الرابعة وموضوعها : الإستشعاع في الآفات الالتهابية (بحث فيها الاستاذ ميلاني) .

وبما ان الموضوع الاخير حديث العهد في علم الاشعة فاننا نلخص بعض ما جاء فيه فقد أبان الاستاذ القدير ميلاني ان الشفاء السريع الذي يحصل في الآفات الالتهابية باشعاع بؤرة الآفة المقصود ينحصر بالخاصة في الاشكال الموضعية الحادة والخفيفة الحدة. اما الآفات المزمنة ولا سيما الاشكال النوعية فيها (كالسل، وداء الافرنج، وداء الفطر الشعاعي) فالشفاء فيها بطيء وغير مضمون.

وقد قسم الآفات الالتهابية خمسة اصناف كبيرة (صارفاً النظر عن الاسباب)

١ — الامراض المقيحة «suppuratives» (الجلد، الاجواف، الاذن، الانف، الاسنان، الفكان).

٢ — آفات الاعضاء التناسلية الالتهابية.

٣ — آفات العظم والمفاصل الالتهابية.

٤ — آفات القصبات والرئة الالتهابية.

٥ — افات الجملة العصبية الالتهابية.

وقد اثبت ان النجاح في شفاء الدمل والجمرة الحميدة وخراجات الجلد والفلغمونات لا جدال فيه فان اشعاع البؤرة الالتهابية قد يمحو الدمل تماما ويحدث في بعض الحالات المدة « bourbillon » بدون ان يكون هذا الموات ناتجا من الجهاز الشعري الدهني وقد تكفي جلسة واحدة لاحداث المدة التي يتم الشفاء الفوري بانطراحها.

في قاعة التشخيص الشعاعي (radiodiagnostic)

أبان كانو وأسل فائدة استعمال الطعام الظليل «repas opaque» الآتي في فحص جهاز الهضم :

كبريتاة الباريوم الزبدي	«sulfate de baryum cremeux»	٢٠٠ غم
شكولاته منحلة	«chocolat soluble»	« ٢٠
ماء حار		٦٠ سم^{3}

واليك اسباب رجحان هذا الطعام

١ — كون تحضيره ممكناً في الحال اي حين الطلب

٢ — كون صلابته لا تختلف عن صلابة المواد الغذائية

٣ — لا يحمل المعدة على اجراء اي حركة آلية .

٤ — لان المعدة الطبيعية تفرغه بعد ساعتين او ساعتين ونصف ساعة أياً كان شكلها ونشاطها وأياً كانت وضعة المريض .

وقد رجح الدكتور تامور تفوق الطريق الوريدي على الطريق الفموي في تصوير المرارة (cholé-cystographie) وانه لم يستعمل طيلة حياته الا الطريق الوريدي الخالي من كل محذور .

اطنب الدكتور كلود بكلار فيما لتصوير الرخم وملحقاتها «hystéro-salpingographie» من الفائدة في مداواة العقم وتشخيص آفات الرحم وملحقاتها في آن واحد .

واثبت الدكتور غوتمان شأن التصوير الشعاعي في تمييز الاسباب التي تحدث آلاماً في المرضى المجراة لهم عملية مفاغرة المعدة بالامعاء وقد قسم هذه الاسباب سبعة انواع :

١ — استمرار افة ما خارج المعدة «extra-gastrique» غير التي سببت العملية . ٢ — الاختلالات الوظيفية (عسر الهضم ، الاسهال :) .

٣ — الالتصاقات .

٤ — آفة الغشاء المخاطي .

٥ — يقظة قرحة قديمة أو تكون قرحة حديثة .

٦ — السرطان .

وقد مثل على لوحة السينما شرائط « films » فأجاد في وصف علامات التصوير الشعاعي التي تميز لنا هذه الاسباب بعضها عن بعض .

وطلب غوسه وليدلابار من المؤتمر ان يكون التنظار الشعاعي قبل العملية «la radioscopie pré-opératoire» قاعدة مضطردة يفحص به جوف الصدر ، القلب والرئتان للوقوف على حالة اعضاء مريضه الرئيسة قبل اي توسط جراحي كيف لا وهو سهل الاجراء خال من الضرر لا يكرهه المرضى وانهما اتبعا هذه الطريقة مع كثير من جراحي فرنسة منذ سنة ١٩١٢ وجنيا منها فوائد كثيرة يضيق بنا المقال عن ذكرها ولكنها لا تخفى على الاطباء

مداواة النزوف التناسلية باشعاع ملحقات الدرق (بدلاً من اشعاع الطحال) :

اشار الدكتور غاستون دانيل من مارسيليا باشعاع ملحقات الدرق «parathyroides» الشديد في مداواة نزوف الرحم وابان ان مقداراً خفيفاً منها يكفي لتنشيط التطور (métabolisme) والحصول على الشفاء وذلك بارسال كمية من الاشعة قدرها ١٠٠ r دولية «100 r int.» في جلسة واحدة او جلستين شهريتين كل جلسة يعطى فيها «100 r international»

وقد ختم المؤتمر جلساته بتعيين بلدة زوريخ « Zurich » موقعاً للمؤتمر الرابع المقبل في سنة ١٩٣٤ تحت رئاسة الاستاذ شنز Schinz من زوريخ

الدمل والجمرة الحميدة ، الجمرة

للدكتور لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الدكتور عزة مريدن الطبيب الداخلي في مستشفيات دمشق

بين الآفات الجلدية التي لا يجوز التأخر عن مكافحتها خوفاً من عراقيلها آفتان لا تمنع كثرة حصولهما من الكلام عنهما وهما الدمل والجمرة .

الدمل . — لا شك انكم كلكم تعرفونه وربما أصبنا به جميعنا وقلّ من كان في سنكم ولم يعلم مبلغ إزعاج هذه الآفة — فهي افة مبتذلة وسليمة غالباً حينما يكون الدمل وحيداً وعارضياً غير انها تصبح شاقة حينما يكثر عدد الدمامل او يتعاقب ظهورها بلا انقطاع او بفترات اسابيع او اشهر او سنين وسنرى السدود المنيعة التي نبنيها في وجه هذه الآفة .

ما هو الدمل ؟ الدمل عجرة التهابية تنتج من انتان الجهاز الشعري الدهني بالمكورات العنقودية (ستافيلوكوك) المذهبة غالباً فيفضي هذا الانتان الى موات هذا الجهاز وجزء من البشرة المحيطة به بتأثير ذيفان العامل الجرثومي وهذه الكتلة الميتة تنطرح دفعة واحدة وتدعى المدّة او ام القيح . ولنذكر ان درس العلامة باستور للدمل سنة ١٨٧٩ وكشفه الجرثوم المرضي في ذات العظم والنقي ، كان فاتحة الكشوف الجديدة التي قلبت الجراحة .

كيف يظهر الدمل ؟ ان الجراح غارّه الذي شاهد عدداً من الدمامل بعد ان مرّخ عضده بمستنبت من قيح ذات العظم والتي اظهر ان تلقيح الجهاز الشعري محتمل غير ان التلقح لا يتم في الممارسة بهذه الصورة .

فقد اتّهمت الوساخة والتخريشات والاحتكاكات الجلدية المتكررة وحك الآفات الأكالة ولدغات الحشرات والسحجات الخفيفة التي تسهل دخول المكورات العنقودية العائشة على الجلد وفي الغبار غير ان كثيراً ممن يعتنون بصحتهم يصابون بدمامل كثيرة وآخرون ممن اعتادوا الوساخة التامة لا يصابون بشيء منها ؛ اذن يجب ان نلقي التبعة على البيئة — فكل ماينقص دفاع الشخص العام ينقص نشاط البلعمات ايضاً ويسهل ظهور الدمامل فهي ترى في المتعبين والمسممين والناقهين وتصعب جداً معرفة السبب وتشاهد حيث يكثر الجهاز الشعري ولا سيما النقرة والابط والفخذ (في الفرسان) وعلى ظهر اليد او الاصابع .

وحينما تنكس الدمامل وتتعاقب تسمى العلة داء الدمامل .

وتقع العدوى بالتلقيح المتتابع غير ان ظهور الدمامل في الغالب يقع كما لو انتقل الجرثوم بالدم من دمل الى نقطة بعيدة من الجسم ليحدث دملاً جديداً مسبباً بذلك تعفناً دموياً بالمكورات العنقودية وصمامة بالعامل المرض

وهناك سبب مؤهل وهو الداء السكري الذي يجب التفكير فيه دائماً فيفحص البول كلما تعددت الدمامل او نكست ومهما يكن فالدمل يبدأ ظهوره بارزة حمراء أكالة، في مركزها شعرة ثم تصلب ويزداد حجمها وتؤلف في اليوم الثالث او الرابع ورما صغيراً مخروطا قد يبلغ حجمه بيضة

الحمام، قاعدته صلبة حمراء عرضها متفاوت الاتساع وفي ذروتها بثرة صغيرة والناحية حارة مؤلمة — وفي اليوم الخامس او السادس يبدأ القيح بالسيلان من البثره المتقرحة التي تبدو المدة في قعرها فتخف حينئذ الاعراض المؤلمة تدريجيا وتتناقص شدة الالتهاب وتنطرح المدة في اليوم الثامن فوراً هذا اذا لم تستخرج بالمنقاش متى لم تكن ملتصقة فتبدو مكانها فوهة كفوهة البركان تمتلىء تدريجيا بينما يزول التورم .

وفي اليوم الثاني عشر او الرابع عشر يشفى الدمل تماما تاركاً ندبةمدورة ثابتة . هذا هو ملخص سير الدمل البسيط الذي ترافقه او لا ترافقه علامات عامة حسبما يكون حجمه كبيراً او صغيراً أ حسبما تظهر معه دمامل عديدة . وليس الدمل دائما افة سليمة فقد يتعرقل بالتهاب الاوعية البلغمية الذي يمتد الى اللاحمة (النسيج الخلوي تحت الجلد) او الى الاكياس الآحية (استسقاء الغمد الآحي الحاد في الركبة) ولنعلم ان دملاً بسيطاً قد يكون سبباً في احداث ذات العظم والتقي الحادة او فلغمون ما حول الكلية او التهاب المفصل المتقيح غير ان ما نخشاه من عراقيله، حينما يستقر في الوجه ولا سيما في الشفة، التهاب الوريد الوجهي الذي قد يحدث التهاب الجيب الكهفي الخثري باشتراكه مع الوريد العيني هذه العرقلة المميتة في الغالب غير انها استثنائية ولله الحمد .

ويرتكز تشخيص الدمل على النظر غير انه متى شوهد في الابط او العجان فقد يختلط بالتهاب الغدد العرقية او الخراج العقدي الذي يكثر في الفرسان ولكن هذا الالتهاب يستقر في الغدد العرقية ولا ترى في مركز الخراج

العقدي شعرة والورم مدور وليس مخروطاً ومضضه اكثر من ألمه وأملس وينمو في النسيج الخلوي الرخو تحت الجلد وهو اكثر تحركاً على السطوح العميقة وحينما يمر الى التقيح يشعر بالتموج وليست فيه مدة غير ان تقرح الجلد المتأخر ، حين حدوثه ، يفتح باباً لقيح زبدي .

وقد تلتبس البثرة الخبيثة في الوجه بالدمل غير ان ما يميزها هو : اكاليل الحويصلات والخشكريشة السوداء المركزية ، ولون الحافات الاصفر الليموني والانتباج والصلابة المحيطية وجميع ما ذكر لا يعادل فحصاً جرثومياً قد يكون ضرورياً لجلاء الشك .

ان تكاثر الدمامل في نقطة واحدة يسمى الجمرة الحميدة التي تتصف بظهور لوحة التهاب أدمي انتاني تثقبها فوهات عديدة . وان انتشار الانتان يزيد التورم والصلابة ويغدو التقيح غزيراً وقد تنجم منه فلغمونات حقيقية

واما العلامات العامة التي تنتج منها فأشد خطراً مما في الدمل ولا سيما في السكريين وتنتخب الجمرة الحميدة عادة النقرة مقراً لها غير انها كالدمل قد تكون في الظهر او الفخذ او الوجه او الطرف العلوي وتدخل في ظهورها اسباب عامة اكثر من الدمل فكل ما ينقص الدفاع العضوي يمهد السبيل للجمرة الحميدة كالتعب والنقه والتسمم الكحولي والداء السكري غالبا حتى ان الجمرة الحميدة قد تكون العرض الاول للداء السكري الخفي وتعلل كثرة ظهورها في السكريين اولا بضعف المقاومة العامة التي تجرها البيلة السكرية على العضوية وثانياً لان النسج المحتوية على السكر بيئة ملائمة لازدياد حمة المكورات العنقودية وتكون الجمرة الحميدة محدودة اومنتشرة

فتى كانت محدودة شابهت عدداً من الدمامل المجتمعة وقوام اللوحة وصلابتها ولونها الاحمر البنفسجي دليل على اشتراك عناصر الجلد جميعها في هذه الحادثة الالتهابية والضغط عليها مؤلم دائما وتظهر الفقاقيع فيها بسرعة ولا تلبث ان تتقرح وتخرج منها امهات القيح واما الحمى والاعراض العامة فقد تكون معتدلة في الاقوياء غير ان الالم شديد دائما والارق هو القاعدة

واما الشكل المنتشر الذي يشاهد غالباً في السكريين فهو اشد خطرا لان اللوحة الصلبة الخشبية الشديدة الالم المثقبة والممتدة فيها لسينات من الجلد المائت قد تنتشر بعيداً وتكون الاعراض العامة فيها شديدة فالحمى عالية ، والنبض صغير والهذيان كثير . وتبدو في الاشكال المسممة الشديدة العراقيل القلبية والرئوية والآفات الكلوية وقد تقضي على المريض لذا فإنذار الجمرة الحميدة المنتشرة في السكريين محفوظ .

وقد يستمر تقيح ذلك التقرح الواسع اشهراً عديدة وربما قضى المريض بتقيح الدم . وقد تفضي هذه الآفة الى اقتلاعات واسعة ، ونواسير متقيحة ، وتقيحات عميقة وغير ذلك من العراقيل البعيدة الخطرة ، كالتهابات المفاصل ، وخراجات ما حول الكلية ، والتهابات الوريد

ولكن ما عساه ان يكون علاج هذه الدمامل ؟ الواجب الاول الذي يترتب علينا صنعه هو خنق الدمل منذ بدئه فاذا شاهدنا التهاب الجراب الشعري فلنتحاش عصره وحكه لانهما من دواعي اتساعه بل فلنطله بصبغة اليود او اذا امكن فلنجرب الاستلقاح الموضعي بقطعة من الشاش مبللة بلقاح المكورات العنقودية (أيمونيزول رقم ١٠ « immunizol n.10 »)

ثم يستر الدمل بقطعة من التفتا المصمغة ويربط ويكرر هذا الضماد يوميا فاذا لم يختف الدمل يكون قد سار الى التقيح . ومتى رأينا دملاً قد تكوّن كان علينا ان نسكن الالم ونسرع النضج بتطبيق الرفادات الحارة او بالرذاذ وقد يفيد مربع من مشمع فيكو واللقاح الموضعي مفيد جداً في تسكين الالم ولا سيما في دمل مجرى السمع الظاهر ومتى تشكل القيح وذلك في اليوم السادس بزل الدمل بالمكواة النارية او شق بعد التخدير بقلورور الاثيل فيسهل الشق انفراغ ام القيح في الايام التالية وليحترز من الشق قبل تكون القيح لان الشق الباكر يفتح الاوعية ويسهل التعفن العام وتسمم الدم ولا يمنع تكوّن ام القيح بل يدعو الآفة الى التوسع والانتشار فليغسل الجلد المحيط بالدمل بالصابون فبالكحول وليستر لئلا يتلقح والراحة والاستلقاح واجبان في جميع الحالات (بروبيدون دلبه او ايمونيزول حقنا تحت الجلد) واذا خشينا العراقيل كما لو كان الدمل في الوجه فالانسولين في السكريين يمنع انقلاب الدمل الى جمرة حميدة ولتطهر الايدي بكل اعتناء بعد كل ضماد .

وفي داء الدمامل يتقى انتشارها بغسل الجلد صباحا ومساءً بالصابون ومسحه بالكحول بعدئذ

ولنشرك مع المعالجة الخارجية المعالجة الداخلية فمستحضرات القصدير داخلاً او حقناً وخميرة الجعة الغضة اذا كان الحصول عليها ممكنا والاستدماء الذاتي (auto-hémothérapie) ١٠ سم٣ كل يومين او ثلاثة ايام تعطي نتائج حسنة ولا سيما في الشيوخ بعد ان نحقق سلامة قلوبهم وكلاهم .

واذا اردنا الاسراع خوفاً من العراقيل يلجأ اولا الى استعمال لقاحات المكورات العنقودية وحدها الجاهزة الشافية او الى اللقاحات المتعددة القوى (من مؤسسة باستور ، دلبه ، ايمونيزول) ثم تنهى المعالجة بالاستلقاح الذاتي اتقاءالنكس بعد ان يكون قد استحضر ويستغرق هذاالتحضير يومين او ثلاثة ايام .

ويناهض البعض في الوقت الحاضر هذه الطريقة مدعين انها لا تخلو من المحاذير ولا سيما تحسيس المريض وتهيئة هجمة جديدة من الدمامل حين استعمال اللقاح ويشير الدكتور موت (Maute) الاختصاصي في الاستلقاح في الآفات السائرة سيرها باستعمال محاليل المكورات العنقودية الصودية حقناً في الوريد وفي كل حبابة مليغرام واحد من مادة المكورة العنقودية يحقن الوريد بثلاث حقن الاولى نصف سم٣ والثانية في الغد او بعد الغد بثلثي سم٣ والثالثة بعد يومين او ثلاثة ايام بسنتمتر مكعب واحد ولا يبدأ باستعمال اللقاح الذاتي الواقي الا بعد ان تكون قد مرت على شفاء الآفة الحادة عدة ايام ويجب عادة ان ينتظر انتهاء هجمةالدمامل قبل البدء ولنصف الحمية الموافقة التي من شأنها اصلاح البيئة بحذف المواد السامة (القهوة والكحول والتبغ) والسموم الغذائية بالملينات ومنع المريض عن السكر حتى في الخالين من الداء السكري .

كانت معالجة الجمرة الحميدة موضوع جدال في البدء فالرذاذ والضمادات باللقاح والاستدماء الذاتي والاستلقاح قد تغلبت على الجراحة لانها كانت كافية لتسكين الالم وتحديد الالتهاب والشفاء ولكن متى كانت الجمرة الحميدة

ضخمة ومنتشرة ومحدثة آلاماً حادة وكانت تتضمن قيحاً وجب التوسط مع استعمال التلقيح ايضاً فتشق اللوحة جميعها بعد التخدير العام شقاً صليبياً وتسلخ الشريحات الاربع حتى القاعدة وتقلب وترفع امهات القيح والنسج الميتة كتلة واحدة اذا امكن ثم تكوى بالمكواة النارية وتضمد بالشاش المبلل باللقاح .

وعلى الرغم من كون الضياع المادي كبيراً في بعض الاحيان فانه لا يلبث ان يترمم ويفضي الى نتيجة حسنة. والانسولين يعيد الجمرة الحميدة في السكريين شبيهة بها في الاشخاص الآخرين — وليس ما يمنع استعمال الاستلقاح فيهم.

الحمرة : هي عرقلة تتعرقل بها الجروح وقد اصبحت نادرة في الجراحة منذ عهد الطهارة ولكنها قد تشاهد في المرضى الآتين من الخارج وهذا المرض سار تحدثه المكورات العقدية (ستربتوكوك) التي لا تختلف ابداً عن المكورات العقدية العزلاء التي تصادف على الجلد والاغشية المخاطية فان هذه تكتسب حمتها وتصبح عاملاً ممرضاً متى توفرت لها الاسباب المهيئة ضعف البنية وتقيح الجروح والفلغمونات وحمرة الوجه وحمى النفاس .

ودور التفريخ في هذه الآفة قصير من بضع ساعات الى بضعة ايام ثم تبدو اعراض عامة كما في سائر الانتانات فيبدأ بها المرض :

صداع وغثيان ووعك وقد يعتري المريض عرواء شديدة وترتفع الحرارة الى (٣٩ — ٤٠°) ويسرع النبض ويتسخ اللسان ويقل البول وقد يصبح آحينيا ويهذي المريض والخ .. ويتورم الجرح ويؤلم وتحمر شفتاه ويأخذ الاحمرار بالاتساع بحديه بارزة هي الحوية التي تشاهد بالنظر ويشعر بها

بالجس واذا استحضر مستحضر من هذه المنطقة بدت فيه مكورات عقدية كثيرة .

وتتسع اللوحة الحمراء اتساعا متفاوت الشدة حتى اليوم الثامن او العاشر اذ تفقد المكورات العقدية حمتها فتصفر اللوحة وتنخفض الحوية وتتوسف البشرة ويتم الشفاء ثم يستعيد الجلد تدريجا منظره الطبيعي وتخف الاعراض العامة فتهبط الحرارة ويعود كل شيء الى ما كان عليه .

هذا هو الشكل المتوسط الحدة من حمرة ظهرت في شخص حسن البنية وهنالك اشكال فلغمونية غنغرينية وتقيحات تحت الجلد وغير ذلك والعراقيل الموضعية والعامة ممكنة الحدوث وتابعة لحمة المكورات العقدية وللشخص المصاب فالولدان والكحوليون والمنهكون والمصابون باختلالات حشوية قد يقضون بتعفن الدم او بالعراقيل الحشوية .

غير ان هذه العراقيل لا تحدثها الا اشتراكات جرثومية ولم تعد تصادف الحمرة المميتة اليوم ولله الحمد .

والحمرة من الوجهة التشريحية التهاب أدمة يرافقه تفاعل في البشرة متفاوت الشدة او في النسيج الخلوي الواقع تحتها غير ان شدة الآفة تقع في الادمة وذلك ما يعلل خيبة المعالجات الخارجية الكثيرة التي استعملت حتى الان فان المكورات العقدية التي تستقر في الادمة تحميها البشرة من فعل مضادات الفساد ، وقد يظن ان العودة الى الاستمصال بالمكورات العقدية مفيدة غير ان الاراء مجمعة الان على ان المصل المضاد للمكورات العقدية لا فائدة منه . وهنالك مصل جديد قدمه المحفل الطبي الاستاذ فانسن ولعله

اشد فعلاً من سواه غير ان انتظار النتائج التي ستجنى منـه واجب قبل القول بفائدته .

واما المعالجة الصارمة باللقاحات الجاهزة كبرو يدون دلبه الذي لا يستعمل كلقاح بل كمادة صادمة فقد أعطت نتائج اكيدة ويجوز جريا على نظريـة بسردكا القائلة بوجود الخلايا الآخذة ان يضمد الجلد بشاش مبلل باللقاح فتحدث مناعة جلدية موضعية ويسكن الالم .

واذا شئنا ايقاف سير الحمرة السريع كان علينا ان نفتش عن الباب الذي ولجته المكورات العقدية : جروح الانف او الصوار او الاجفان في حمرة روجه ، سحجة جلدية او جرح عملي في الحمرات الاخرى فنضمدها باللقاح لان اللقاح يتبع الطريق الذي سلكه التعفن

وتقوى الحالة العامة بأقوى الوسائط فتعطى مقويات القلب ويستقصى في حالة الاحشاء لدرء العراقيل وفي الحالات السليمة تفقد المكورات العقدية حمتها عفوا بعد بضعة ايام كما يقع في المستنبتات

واما العدوى فتكافح بعزل المريض .

❀ ❀ ❀

ما هي الحياة ؟

للدكتور ارشيبالد هندرسون الشهير

نقلها الى العربية بتصرف الدكتور كامل سليمان الخوري
(بروكلين نيويورك)

ان في العلوم المختصة بدراسة الحياة . والتي يدور فيها البحث عن اصل ونمو وتركيب وظائف وتفرق النبات والحيوان، والتي تشمل فن الطب بين فروعها وموضوعاتها ، نرى ان اهم الابحاث الاساسية هي التي تفحص عن قضايا الحياة .

فما هي اذاً الحياة ؟ وكيف تتأتى ؟ وكيف نستطيع ان نلبث احياء ؟ وما هي العناصر والجواهر الاولية والقوى الحيوية في الانسجة ؟

ففي مثل هذه الابحاث الاساسية نرى العلماء الذين هم من طبقة وطابع الدكتور الكسيس كاريل «Alexis Carrel» وجاك لوب « jacques Lœb » يصرفون معظم اوقاتهم . فان الاول قد احرز شهرة طائرة طبقت سمعتها الآفاق باكتشافاته المدهشة في هذا المضمار .

ولد « الكسيس كاريل » في مدينة ليون الفرنسية سنة ١٨٧٣ ولبث مواظباً على الخدمة والدرس في المستشفيات والكليات ، ودائباً على بذل

جهوده في التجارب والبحث والتنقيب . ولما بلغ السنة الثانية والثلاثين أَمَّ شطر الولايات المتحدة . وبعد مكثه سبع سنوات فيها امتاز باحرازه قصب السبق بين اقرانه ، اذ كان اول اميركي نال جائزة نوبل مكافأة لمساعداته الخطيرة وابحاثه القيّمة في مضمار الطب .

واهم اكتشافات الدكتور «كاريل» قائمة بجعله الانسجة الحيوانية تنمو — وهي منفصلة عن الجسم — ومعلوم ان لنموّ وتنبيه حيوية الانسجة الحية اهمية عظمى في الطب — اذ عليه يتوقف امر مضادة تأثير الامراض على انواعها .

* * *

تخرَّج الدكتور كاريل على ايدي لينو ينهك وبول برت« Paul Bert»، وقد صبّ كل افكاره لتبيان ما كان يعتقده من ان الانسجة حقيقة تنمو خارج البدن في حالة حيوية كامنة اي راقدة . فانه اخذ قطعاً مختلفة من الجلد والاوعية الدموية ، وسمحاق العظام في الفراخ الفتية ، ووضعها في آلة مبرّدة ضمن محاليل مختلفة التراكيب على درجة منخفضة من الحرارة ، فكانت هاتيك القطع تحيا وتنمو .

ومن اكتشافات الدكتور كاريل الخطيرة مزجه اجزاء متناسبة من البلاسما الموجودة في دم الفراخ البالغة وعصارة جنين الدجاجة ، واتخاذه ذلك كوسط او مزدرَع ناجع لتنبيه أسر او مجاميع جديدة من النسيج الموصل ، وجعلها تستمر متزايدة الى ما لا نهاية له .

وافضل تركيب هو مزج جزئين من الاول الى جزء واحد من الثاني

فذلك يأتي بنتائج مدهشة . وقصارى القول فقد أدّت ابحاثه الى حفظ خلايا الانسجة — وهي خارج البدن — وجعلها تتزايد مدة ثلاث سنوات

وفي احد الحوادث طعم بقطعة شريان رجل شريان كلب ، وبعد اربع سنوات كان ذلك الطعم متمماً وظائفه

وقد تخطى الى اكثر من ذلك اذ انه فصل اعضاء حيوان حيّ وابقاها سابحة في سائل فاستمرت قائمة باتمام وظائفها مدة تجاوزت ثلاث عشرة سنة

وقد تطوع الدكتور «كاريل» اثناء الحرب الكونية في خدمة فرنسة مع انه كان منضما من زمن طويل الى معهد روكفلر الشهير في نيويورك ومنقطعاً الى الابحاث الطبية .

وقد انضمّ اليه الدكتور «داكين Dakin» الانكليزي ، فتوفقا كلاهما الى استحداث طريقة ملأى بالفوائد ، واوصلاها الى درجة الاتقان ألا وهي شفاء الجروح بما اطلق عليه العلماء اسم طريقة «كاريل — داكين»

«فداكين» استنبط محلولا متحايداً — اي ليس حامضاً ولا قلوياً او قاعدياً — من هيبوكلورية الكلس (الجير) كمضاد قوي للفساد في حوادث الجروح المختلطة بالانتان . وكاريل كمّل اختراع الطريقة الفنية «technique» المثلى والجهاز الموافق لاستعمال ذلك العلاج .

فطريقة «كاريل — داكين» هذه قد دعيت بحق اعظم اكتشاف جراحي ظهر للوجود منذ ايام لستر (Lister) الى اليوم .

فصح والحالة تلك للعلم والعلماء ترديد القول المأثور :

عش رجبا ، ترَ عجبا ! . . .

بحث في بعض اضرار التبغ وتأثيره

في القلب والاوعية الدموية

للدكتور كامل سليمان الخوري (بروكلين نيويورك)

يذهب اكثر مدخني التبغ والمحبذين استعماله ، والقائلين بندرة اضراره الى انه من حسنى الوسائل لتسلية الخاطر ، وتفريج الكروب ، وتهوين الخطوب . ويزعم غيرهم بانه اذا كان هنالك ضررٌ ما من التدخين فينحصر جلّه في بطانة الفم والمريء وخلايا الرئتين والقصبات . وحجتهم بذلك ان الدخان الناشيء من احتراق تلك العشبة المخدّرة الذميمة يدخل لدى امتصاص السيكارة او الغليون الفم والمريء عند المبتدئين بالتدخين والرئتين والمعدة عند مُستعبدي هاتيك العادة الكريهة . وقد فاتهم — سامحهم الله — ان للتبغ المدّخن تأثيراً سيئاً في عضل القلب قد يؤدي باستمرار العادة والافراط الى ايجاد مرض في القلب سماه الأساة : الخفقان التبغي « palpitation tabagique » . وكثيراً ما يؤدي ذلك الى انسمام الدم والجسم عموماً . واذا استمرَّ المدخن مفرطاً في تدخينه جرَّه ذلك الى علل متعددة تنهك قوى الجسم اخيراً ، وتودي بالحياة .

وقد بحث نفر من اساطين الاطباء في فرنسة في اضرار التبغ فثبت لهم ما له من التأثير السيء المردي في اعصاب القلب وعضلاته .

وقد تحقق غيرهم من البحثة المنقبين ان فعل النيكوتين الموجود في التبغ والتنباك لا يقتصر على القلب فقط بل يعمّ الاوعية الدموية واخصها الأبهر « aorte » ويسبب احياناً اعراضاً مخيفة تهدد الحياة وذلك ما يسمى بلسان الطب خناق الصدر

والمحقّق ان الاساة الفرنسيين هم الذين فاقوا في هذا البحث سواهم من الاطباء والبحثة الاوروبيين والاميركيين. فمدرسة باريس الطبية لها القدح الأعلى في هاته المباحث القيّمة الخطيرة. اذ ان اساتذتها الخضارم الاعلام قد حللوا دخان التبغ بكواشف «réactifs» كيمية وانكشف لهم ان له فعلًا مضعفاً للنبضات القلبية فهو يقلص عضل القلب تقليصاً ظاهرياً. وهذا التقلص وذلك الضعف يجر رويداً رويداً الى وقوف القلب وقوفاً تاماً اذا لم يبادر الى انعاشه بالحقن المنبهة والفواعل الموقظة ، وكل هذه المقررات قد عززتها التجارب والابحاث المتكررة بتؤدة وصبر ودقة .

واننا نحضّ من يهمه سلامة قلبه ، ومن يرغب اجتناب اعراض الخفقان التبغي المزعج والمخطر ان يراجع بدقة وتروّ نشرتنا الموسومة « باضرار المسكرات والدخان » اذ قد اثبتنا فيها اختباراتنا واختبارات العلماء الاعلام في ذلك الشأن .

❀ ❀ ❀

صناعة الورق

« ٦ »

للدكتور في الصيدلة صلاح الدين مسعود الكواكبي

البحث الثاني

المواد الابتدائية المستعملة في صناعة الورق

المواد الابتدائية المستعملة في صناعة الورق هي :

١ — الماء

٢ — الكلس

٣ — الصود

٤ — الكلور وملاحه القاصرة

٥ — الشب

٦ — اضداد الكلور نحو تحت كبريتيت الصوديوم ، كبريتاة القصدير وكلور القصدير

٧ — بعض الراتنجات كالقلفونة

٨ — بعض مواد معدنية كالبيلون الابيض (كاولين) وكبريتاة الباريوم

٩ — دقيق البطاطا

١٠ — الهلام (الجلاتين)

١١ — الاصباغ نحو مشتقات القطران النباتي والمعدني والمثبتات

١٢ — الوقود

وسنفي كلاً منها حقها من البحث لخطورة شأنها :

١ — الماء

ان لدرجة صفاء الماء شأناً في صناعة الورق . فمن المياه ما يكون عكراً اي محتوياً على مواد غضارية او سليسية معلقة . ويشاهد ذلك بعد المطر في مياه الانهر المؤسسة على جوانبها معامل الورق . فمن المحتم والحالة هذه اتخاذ احواض واسعة لترويق الماء وترشيحه . لهذه الاحواض المصنوعة من الشمنتو قرار يفرش بطبقة من الحصى سمكها ٠,٧٠ الى متر واحد . واذا استعمل الماء كما هو عكراً ساءت النتيجة وخرج الورق ملوناً بلون اصفر

ومن المياه ما يحتوي على مواد عضوية منحلة فيه فلا يصلح للاستعمال في صنع الورق خصوصاً لانه يحتوي على النشادر والازوتيت .

ومنها ما يحتوي على ملاح بكثرة منها الكلسية اذا احتوت على فحماة الكلس ؛ والجبسية اذا احتوت على كبريتاة الكلس اي الجبس ؛ والمغنزية اذا حوت ملاح المغنزيوم .

تحليل الماء . — يشمل هذا التحليل : تعيين قساوة الماء والخلاصة الجافة وكشف الازوتيت والحديد .

اولاً — قساوة الماء : تعرف قيمة الماء ودرجة قساوته بمقياس الماء . ومقياس الماء مؤسس على خاصة ترسب الملاح القلوية الترابية التي يحويها الماء ، بمحلول

الصابون (المعاير بالنسبة لمحلول الكالسيوم) حتى حدوث زبد ثابت

ويحضر محلول الصابون كما يلي :

يذاب ٥٠ غراماً من الصابون في ٨٠٠ سم . م من الكحول درجته ٩٠° ويضاف ٥٠٠ سم . م من الماء المقطر ويعاير بمحلول كلور الكالسيوم المعاير (٠،٢٥٠ غراما Cl^2Ca في اللتر) او ٠,٥٥ $BaCl^2$ او ٠,٥٩ من ازوتاة الباريوم) وكل ٤٠ سم . م من محلول كلور الكالسيوم يترسب بـ ٢٢ درجة من درجات قطارة مقياس الماء او ما يعادل ٢,٤ سم . م من محلول الصابون لحدوث زبد بارتفاع خمسة ملمترات يثبت خمس دقائق .

ولتقدير درجة الماء يؤخذ منه في الزجاجة المدرجة الخاصة ٤٠ سم . م ثم يقطر عليها من محلول الصابون الموضوع في قطارة مقياس الماء وتخض في كل مرة حتى يحدث زبد بارتفاع خمسة ملمترات يثبت خمس دقائق .

واذا كان الماء كلسيا كثيرا بحيث تبلغ درجة قساوته ٣٣° فاكثر يؤخذ منه ١٠ — ٢٠ سم . م ويمدد بالماء المقطر الى ٤٠ سم . م ويعاير ثم تضرب النتيجة برقم (٤) او (٢)

هذا والحد الاقصى للماء الصالح للشرب هو ٣٠ درجة بمقياس الماء

ويمكن الحصول على درجة القساوة الثابتة بغلي شيء من الماء المطلوب فحصه لترسيب جزء من الملاح التي يحتوي عليها . ثم يعاير كما سبق .

ثانياً — الخلاصة الجافة : يعرف مقدار الخلاصة الجافة بتبخير كمية معلومة من الماء مضافا اليها ٢ بالالف من فحماة البوتاسيوم . ثم تجفف البقية على حرارة قدرها + ١١٠° بضع ساعات . وتوزن بعد طرح مقدار فحماة البوتاسيوم

المضاف ، ثم تكاس على درجة النار الحمراء المعتمة ويعاد تكليسها بلطف بعد اضافة قليل من فحماة النشادر . ويجرى الحساب كما يلي :

م = مقدار الخلاصة الجافة

ج = مقدار الرماد

م — ج = مقدار المواد العضوية

فاذا كان مقدار الخلاصة الجافة في الماء ٠,٠٥ — ٠,١٠٠ في اللتر عدّ الماء جيداً واذا كان ٠,١١٠ — ٠،٢٠٠ عدّ قاسيا بعض القساوة. واذا كان اعظم من ٠،٢١٠ عدّ قاسيا .

ثالثاً — الازوتيت : يعرف مقدارها بسهولة كما يلي : يؤخذ من الماء ١٠ سم . م يضاف اليها قطرة واحدة من حمض الكبريت الخماسي الصافي وقطرة واحدة من محلول مشبع من حمض السلفانيلي وبعد بضع دقائق قطرة من محلول مشبع من كبريتاة النافتيلامين . فيبدو لون وردي يستحيل الى لون احمر عقيق اذا كان في الماء شيء من الازوتيت

فاذا كان مقدار الازوتيت في الماء ملغراما واحداً في اللتر بدا اللون آنيا ويمكن تحضير نماذج مختلفة ومقارنتها بالماء المطلوب فحصه .

فالماء الصالح للشرب يجب ألاّ يحتوي من الازوتيت على اكثر من ٠،٠٠٢ من الملغ باللتر .

رابعاً — الحديد : بعض انواع المياه تحتوي على شيء من الحديد وتكون مع ذلك رائقة شفافة وعلى درجة مناسبة من درجات مقياس الماء . هذه المياه لا تصلح للاستعمال في صنع الورق الجيد لأنها تصبغه . ويكشف

الحديد فيها بمحلول فروسيانور البوتاسيوم او فريسيانور البوتاسيوم

فروسيانور البوتاسيوم	راسب ابيض ثم يزرق	املاح الحديد من الحد الاصغر	
	لون ازرق بروسيا	« « «	الاعظم
فريسيانور البوتاسيوم	راسب ازرق مشبع	« « «	الاصغر
	لون احمر قان	« « «	الاعظم

٢ — الكلس

يستعمل الكلس في مصانع الورق لمعالجة خماة الصوديوم في اثناء القصر وفي استحصال ثاني كبريتيت الكلس. لذلك يجب ان يكون سميناً ونقياً ما امكن. وتختلف كمية الكلس CaO من ٦٠ — ١٠٠ في المئة من الكلس المستحصل من الرخام الصافي. لهذا السبب يجب ان تكون كمية الكلس CaO فيه ٨٠ — ٩٠ ٪ وان يكون مرصوصاً ما امكن.

فاذا كان الكلس مرصوصاً وجيداً اتسع حجمه بسرعة عند معالجته بالماء. ويجب ألاَّ يحتوي على اجزاء غير مشوية ولا ان يحدث فوراناً بمعالجته بحمض الكلوريدريك (دليل وجود CO_2).

اما الكلس الغث او المشرب فيكون بلون اشهب قليلًا او كثيراً بحسب كمية الشوائب.

وفيما يلي نذكر الثقل النوعي للبن الكلس في درجات مختلفة من الاشباع:

الثقل النوعي للبن الكلس	مقدار الكلس في مائة كيلوغرام	مقدار الكلس في مائة لتر
٩,٠٧٤	١٠,٦	١٣,٣٣
١,٠٩١	١١,٦	١٥,٢
١,١٠٧	١٢,٧	١٧,٠

الثقل النوعي للبن الكلس	مقدار الكلس في مائة كيلو غرام	مقدار الكلس في مائة لتر
١,١٢٥	١٣,٧	١٨,٩
١,١٤٢	١٤,٧	٢٠,٧
١,١٦١	١٥,٧	٢٢,٤
١,١٨٠	١٦,٥	٢٤,٠
١,١٩٩	١٧,٢	٢٥,٣
١,٢٢٠	١٧,٨	٢٦,٣
١,٢٤١	١٨,٣	٢٧,٠
١,٢٦٢	١٨,٧	٢٧,٧

تحليل الكلس . — تؤخذ قطع مختلفة الحجم من نواحي مختلفة من الكتلة ويسحق الجميع ناعماً يؤخذ من هذا المسحوق مقدار هو النموذج الوسط ويجرى عليه التحليل :

١ — تقدير الكلس وحماة الكالسيوم . — يذاب الكلس في حمض الكلوريدريك ويرشح وتعالج الرشاحة بحمض الكبريت ويضاف اليها قدر مثلي حجمها من الكحول . ترشح من جديد . يؤخذ الراسب وهو كبريتاة الكالسيوم ويكلس ويوزن ويضرب الناتج برقم ٠,٤١١٨ للحصول على مقدار الكلس CaO .

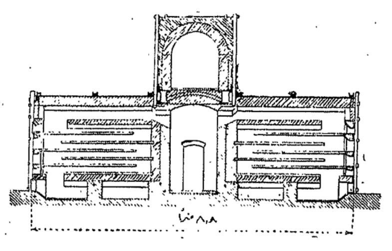
٢ — الكلس . — بما ان الكلس يذوب في محاليل السكر وان حماة الكالسيوم والالومين والمانيزا وحماة المانيزيوم لا تذوب فيها يؤخذ غرام واحد من الكلس المسحوق ناعماً جداً ويذاب في ١٥٠ سم ٠ م من محلول

سكر القصب نسبته ١٠ ٪. يرشح السائل ويعاير بسائل حمض الـكلوريدريك المعاير (٣٦,٥ ClH باللتر) بملامسة المثيل البرتقالي مشعراً ان كل ١ سم٠ م من المحلول الحامض المضاف يعادل ٠,٠٢٨ غراماً من الـكلس CaO .

وقد يرسب الـكلس من محاليله بمعالجته بحماضاة النشادر بعد اشباع السائل بروح النشادر ولا يجوز استعمال الـكحول مطلقا . ثم يـكلس الراسب ويرمد ثم يعالج ببضع قطرات من حمض الـكلوريدريك لتحويله الى كلور الـكلسيوم ثم ببضع قطرات من حمض الـكبريت لتحويله الى كبريتاة الـكلسيوم ويعاد تـكليسه ثانية كما في رقم ١ .

واذا اريد تقدير المانيزا ترسب في المحلول الابتدائي بحالة فصفاة النشادر والمانيزا .

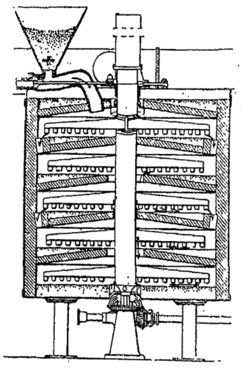
ثاني كبريتيت الـكلس . — يستعمل ثاني كبريتيت الـكلس في صناعة الورق المستحصل من الخشب . ويجهز بواسطة بلا ماء حمض الـكبريتي SO2 . وهـذا يستحصل بحرق الـكبريت او البريطس وهو الغالب الذي



الشكل (٦) موقد مالترا — (طراز حديث)

يحتوي على ٥٠ ٪ من الكبريت كما في تجهيز حمض الكبريت. وذلك في موقد خاص ذي طبقات يدعى موقد مالترا (Malétra) . ولما تحترق حجارة الكبريت في الرف الاسفل يكشطها العامل ويجرف اليه ما على الرف الذي يعلوه وهكذا دواليك حتى يصل الى الرف الاعلى فيملأه من الفلز الجديد .

وقد يستعمل موقد هرشوف (Herreshof) الذي يشتغل بواسطة الآلات وهو يتألف من طست اسطواني من الصاج المبطن بالآجر المتحمل للحرارة يمر من وسطه محور ذو سواعد افقية متصلة به على زوايا قائمات تدعى مكاشط . وعلى هذه السواعد اسنان مائلات بحيث يجرفن الفلز الموجود على الرف الاعلى ، من المركز الى المحيط فيلقينه الى الرف التالي . اما اسنان



الشكل (٧)
موقد هرشوف

المكشط الثاني فهي على عكس ما في المكشط الاول اي هن بحيث يجرفن الفلز من المحيط الى المركز فيلقينه الى الرف الثالث وهكذا دواليك .

(للبحث صلة)

رزء أليم

ننعي الى قراء هذه المجلة احد خريجي معهدنا الطبي الذي نال شهادته في السنة الماضية وهو المأسوف على شبابه الغض وذكائه اللامع واخلاقه العالية المرحوم الدكتور مسلم القاسمي . كان الفقيد منذ منتصف السنة الماضية طبيبا داخليا في المستشفى وقد برهن في اثناء اقامته في معهدنا على دماثة اخلاق واجتهاد وذكاء فكان مقربا من اصدقائه محبوبا من المرضى الذين كان يتولى مداواتهم الى ان وافاه الأجل المحتوم . وقد مشى في جنازته معهدنا الطبي باساتذته وطلابه وذلك يوم السبت الواقع في ١٤ ت ٢ سنة ١٩٣١ وكان الطلاب يحملون امام نعشه اكاليل الزهر الى الجامع الاموي حيث صلّي عليه ومنه الى مقبرة باب الصغير حيث رثاه عدد من الخطباء .

فمعهدنا الطبي يأسى كل الاسى لهذه الخسارة الفادحة ويتقدم الى اسرة الفقيد العزيز بواجب التعزية رحم الله الفقيد رحمة واسعة وألهم آله الصبر والسلوان .

عودة عميد الجامعة

بعد ان تغيب معالي عميد الجامعة السورية الاستاذ رضا بك سعيد في البلاد الفرنسية زهاء خمسة اشهر قضاها في سبيل خدمة الجامعة وابلاغها لمصاف الجامعات الكبرى في العالم الغربي عاد الى الوطن على الباخرة مريت باشا فاستقبله في بيروت على ظهر الباخرة وفد مؤلف من بعض اساتذة معهد الطب واعضاء محفل قاسيون وبعد ان صرف في العاصمة اللبنانية يومين عاد الى دمشق ولم يكد يشيع خبر قدومه حتى تألفت وفود عديدة من اساتذة الجامعة والوجهاء والاعيان والادباء وطلبة الجامعة فسار بعضهم الى شتوره والآخرون الى ميسلون وغيرهم الى دمر حيث اجتمع القوم جميعهم فامتطى معالي العميد سيارته وسار رتل كبير من سيارات الوفود وراءها حتى المدرج الكبير في الجامعة السورية حيث كان حشد كبير جدا بانتظار العميد ولما أطلّ عليهم استقبل بالهتاف والتصفيق فخطب الاستاذ الصيدلي عبدالوهاب بك القنواتي مرحّباً باسم اساتذة الجامعة وتلاه الاديب السيد بشير الشريقي باسم طلاب الجامعة فالسيد محي الدين السفرجلاني باسم طلاب التجهيز فالسيد ابرهيم دوماني باسم محفل قاسيون

وبعد ان فرغ الخطباء من الترحيب وتعداد اياديه البيض على الجامعة نهض معاليه ولفظ كلمة شكر فيها المستقبلين مبيناً الفوائد التي يستطاع الحصول عليها من الاسفار العلمية وانصرف الجميع يهتفون للعميد والجامعة متمنين ان يحقق معاليه تلك الامال العظام التي تضعها الجامعة في شخصه الكريم

مطبوعات حديثة

١ — تقويم البشير ١٩٣٢ .

يصدر الاب العلامة لويس معلوف اليسوعي مدير جريدة البشير الغراء في كل سنة سفراً جليلًا يسمى « تقويم البشير » وقد اهدى الينا حضرته تقويمه عن السنة ١٩٣٢ فرأيناه حافلًا بشتى الفوائد وفي هذا التقويم عدا المعلومات الاقتصادية والعلمية والتاريخية والجغرافية شذرات ادبية لكبار الادباء والشعراء وفيه ايضا رسوم قصر اشبيلة والقلعة الحمراء ومحراب جامعها البديع الصنع ومحراب جامع قرطبة وغيرها من الرسوم الدالة على اتقان الهندسة في ذلك العهد والناطقة بفضل العرب . فنحن نشكر للاب العلامة هديته الثمينة راجين منه المثابرة على اصدار هذا السفر المفيد .

٢ — الجزء الثالث من خلاصة مؤتمر القاهرة الطبي

كانون الاول سنة ١٩٢٨

اهدت لجنة المؤتمر الى مكتبة جامعتنا السورية هذا المؤلف الضخم الذي يقع في ١٠٩٨ صفحة باللغتين الفرنسية والانكليزية وقد نشرت فيه التقارير والابحاث الطبية العائدة الى الجراحة وامراض النساء وطب العين والامراض الباطنة وفن الجراثيم . مع الاعتراضات والمعلومات العلمية التي كان يبديها السامعون .

وهو مؤلف عظيم الفائدة يوقفنا على كل مستحدث في الشعب الآنفة الذكر ولا سيما على امراض البلاد الحارة منها

فهرس المواد العام

للمجلد الثامن من مجلة المعهد الطبي العربي

مرتب على حروف المعجم

الصفحة

— أ —

١٢٠ ابرهيم يحيي (قصيدة السيد

٥٩ ارليخ وبهرينغ

٣٦٢ — الآلم (جراحة —

٥ المؤتمر الجراحي الفرنسي التاسع والثلاثون

٥٩٦ المؤتمر الجراحي الفرنسي الاربعون

٦٠٩ المؤتمر الدولي الشعاعي الثالث

٤٩٥ المؤتمر الطبي الرابع للجمعية الطبية المصرية

٦٤٠ المؤتمر الطبي الرابع للجمعية المصرية (خلاصة —

٤٦٨ — المؤتمر الطبي الفرنسي لسنة ١٩٣٠ (خلاصة —

— ب —

١٩٣ بثرة الشرق في دمشق

٢٥٩ بثرة ما تحت الفك الخبيثة

٦٤٠،٦٤ — البشير (تقويم —

٣٥٢ — البنفسجية في الجراحة (أشعة ما فوق —

— ت —

٦٢٨ — التبغ (اضرار —

الصفحة

ج

٤٠٣ جان لواس فور في بروكسل (محاضرة
٤٦٣ جراحي الغد (الى —
٥٨٥ الجنابات القيحية

ح

٦١٥ الحرة
٣٠٩ الحمل المشؤوم الطالع
٥١٣ المتحولات (داء
٥٦٠ المتحولات (حول استقرارات داء —
٥٥٧ متحولية المنشإ (هل من دليل على كون التقيحات الرئوية —
٥٣٨ المتحولات المزمن (تشوشات معدية معوية وعصبية انعكاسية تالية لداء
٥٤٩ المتحولات واللامبايات (داء
٥٦٤ — المتحولات المزمن ومعالجته (مشاهد داء -
٥٤٤ المتحولي (بعض التظاهرات العصبية النفسية المشاهدة في سياق الزحار —
٥٢٩ المتحولي الحاد (حول التهاب الاعور
٥١٩ — المتحولي في فلسطين (الزحار
٥٢٦ — المتحولي المنشأ (التهاب الزائدة الموهم
٦٢٥ — الحياة (ما هي —

خ

٤٥٤ — التخدير القطني (طريقتنا في
٤٠٩ — الخصية والبربخ (التهابات

الصفحة

— د —

٤٠ — دار كتب الجامعة (افتتاح الدروس و
٢٩٨ للدفتيريا (التلقيح المضاد -
٢٦٣ — الدماغية (الاورام -
٦١٥ الدمل والجمرة الحميدة

— ذ —

٣٨٥ ذنب الفرس مطاً وفتلاً (تناذر

— ر —

٣٨٩ — الرئوي السريرية (اشكال الداء --
٤٩١ الارضاع مدة الحمل والاعتناء بالفطيم

— ز —

٥٣٥ — زحار جديدة تيفية الشكل (حادثة -
٣٢١ — زحاري الشكل مصلي المنشإ عولج بالامتين (تناذر --

— س —

٢٢ — السبات السكري (معالجة
٣٢٥ — السرطان (في —
٣١٩ — السرطان بالادوية الكيماوية (معالجة --
٦٣ — السريريات والمداواة الطبية (تقديم الجزء الثاني من —
٣٩٨ — السكري (طريقة في معالجة الداء -
١١٦ — مسلم القاسمي (خطاب السيد -
٦٣٨ — مسلم القاسمي (وفاة الدكتور —
٤٨٨ انسمام الاطفال بالعلاجات
٣ سنتنا الثامنة

الصفحة

٤٢٩ - - السنية (التشويهات - -

٢٠٨،١٦٦،٩٩ - السائل الدماغي الشوكي (نتائج تفاعل
٤١٩،٣٣٧،٢٧٤

٣٠ - السيلانية (القرحة

ش

٤٣٤ - - الشهادات في الجامعة السورية (توزيع - -

٤٩٤ التشمع الضموري البردائي

- ض -

١٢٩ الضنك

- ط -

٥٧٦ الطب العربي (رسالة

١٨٧ مطبوعات حديثة

- - ع - -

١٢٣ عبدالله الرفاعي (قصيدة السيد

١٢١ - عبدالوهاب العمري (خطاب السيد - -

٥٧٠ على بساط الريح (كتاب حديث)

٦٣٩ عميد الجامعة السورية (عودة معالي -

٣٧١ عميد الجامعة السورية (وداع معالي - -

- ف -

٤٧٩ فحص المرضى

٢٤١ - المفاصل (جروح -

٢٣٥ - فقر الدم الخبيث (طريقة كاستل في معالجة -

٦٨ فورونوف والمجتمع البشري

الصفحة

— ق —

٩٠ الاقساط
١٦٥ ــ القطني (معالجة الألم —
٣٦ — التقيح اللثوي (معالجة —

— ك —

١١٥ — تكريم الاستاذين مرشد خاطر ومنيف العائدي (حفلة —
١٩٩ — الكلية (سل —

— ل —

٥٧٧ — لاثوبرجه في فتاة مسلمة (مرض —
١٠٩ — لغوية (ابحاث —

— ن —

١٥٦ التناسلية (هبوط الاعضاء —
١٧٦ — المنطقة (آفات الجملة العصبية المركزية في دا —

— و —

١٢٥، ١٨٩، ٢٥٢ - الورق (صناعة —
٤٤٦، ٥٠٠، ٦٣٠
٥٢ ــ توزيع الشهادات (خطاب الاستاذ سعيد الغزي في حفلة —

❀❀ ❀

فهرس الاعلام

من اساتذة المعهد والمراسلين مرتبة على حروف المعجم

ابرهيم قندلفت (طبيب الاسنان) ٣٦ ، ٤٢٩
احمد سامي الساطي (الدكتور الاستاذ) ٤٤٩
احمد الطباع (الدكتور) ٢٩٨ ، ٣٦٢ ، ٣٨٥
اسعد الحكيم (الدكتور) ٥٤٤
انور العطار (السيد) ٥٧٠
بشاره اسطفان (الدكتور) ١٩٩ ، ٣٠٩ ، ٤٠٣
بونور (الموسيو) ٤٥
ترابو (الدكتور الاستاذ) ٣٢١ ، ٣٨٥ ، ٥١٣ ، ٥٣٥ ، ٥٣٨ ، ٥٧٧
جميل الخاني (الدكتور) الاستاذ) ١٠٩ ، ١٩٣
جميل مسعود الكواكبي (الدكتور) ٣٠
جينستاي (الدكتور) ٢٥٩ ، ٤٢٩
حسني سبح (الدكتور الاستاذ) ٣٨٥
رضا سعيد (الدكتور الاستاذ) ٤٠
سعيد الغزي (الاستاذ) ٥٢
سوتريو (الدكتور) ٢٥٩
سوليه (الدكتور) ٥٢٩
شانتريو (الدكتور) ٥٤٩
شوكت موفق الشطي (الدكتور الاستاذ)٣١٩ ، ٣٨٩ ، ٣٩٨ ، ٤٦٨ ، ٥١٣ ، ٥١٩ ، ٥٢٩ ، ٥٣٥ ، ٥٣٨ ، ٥٤٩ ، ٥٥٧ ، ٥٦٠ ، ٥٦٤ ، ٥٧٧

صلاح الدين مسعود السكواكبي (الدكتور الكيماوي) ١٢٥، ١٨٩، ٢٥٢، ٤٦٦، ٥٠٠، ٦٣٠

عبد الحميد العلمي (الدكتور) ٢٤١ ، ٣٢٥

عزة مريدن (الدكتور) ٦٣ ، ٩٩، ١٦٦، ٢٠٨، ٢٥٩، ٢٧٤، ٣٢١، ٣٣٧ ، ٤١٩ ، ٤٦٢، ٥٧٧، ٦١٥

كامل سليمان الخوري (الدكتور) ٤٨٨ ، ٤٩١ ، ، ٦٢٥ ، ٦٢٨ ،

لوسركل (الدكتور الاستاذ) ٥ ، ٩٠ ، ١٥٦ ، ١٩٩ ، ٢٤١ ، ٢٦٣ ، ٣٢٥ ، ٣٦٢ ، ٤٠٨ ، ، ٤٦٢ ، ٤٧٩ ، ٥٨٨

محمد الجاشقجي (الدكتور) ٦١٥ ، ٦٠٩

محمد كرد علي « الوزير الاستاذ » ٤٣

مرسل لابه « الدكتور الاستاذ » ٢٢

مرشد خاطر « الدكتور الاستاذ » ٥٠٣ ، ٢٢ ، ٤٠ ، ٥٩ ، ٦٥ ، ٩٠ ، ١٢٩ ، ١٥٦ ، ٢٣٥ ، ٢٦٣ ، ٣٥٢ ، ٤٠٨ ، ٤٥٤ ، ٤٧٩ ، ٥٢٦ ، ٥٤٤ ، ٥٧٦ ، ٥٨٨ ، ٥٩٦ ،

ميشل خوري « طبيب الاسنان » ١٨٧

يوفه « الدكتور » ٥١٩

❀❀❀

السريريات والمداواة الطبية - الجزء الثاني

لمؤلفيه الحكماء

ترابو ومرشد خاطر وشوكة الشطي

صدر الجزء الاول من هذا الكتاب الفريد في بابه الذي اقبل عليه اطباء البلاد العربية خير اقبال وقد صحت عزيمة مؤلفيه التي لا تعرف الكلل فاصدروا الجزء الثاني منه مزيناً بالرسوم الجميلة ومطبوعاً على ورق صقيل فانجز طبعه كالجزء الاول ووقع في ما ينيف على الف صفحة ولما كانت النسخ المطبوعة منه قليلة ينصح مؤلفوه لمن اقتنى الجزء الاول منه بالاسراع الى اقتناء الثاني قبل فوات الفرصة

وثمنه ليرة عثمانية ذهب عدا اجرة البريد وهو يطلب من احد مؤلفيه بدمشق الدكتور مرشد خاطر

